Évaluation des besoins de santé de la collectivité 2008-2009

Rapport communautaire de la Région du Sud-Est

South Eastman Health/Santé Sud-Est Inc.

Table des matières

Évaluation des besoins de santé de la collectivité de 2008-2009 — 1
Vue d'ensemble

Chapitre 1 — 9
Profil de la population

Chapitre 2 — 13
Profil de la santé de la population

Chapitre 3 — 19
Croissance démographique et services de santé

Chapitre 4 — 25
Santé de groupes démographiques particuliers

1. Collectivités métisses — 26
2. Adultes âgés de 55 ans et plus — 31
3. Jeunes âgés de 15 à 24 ans — 39
4. Enfants âgés de 6 ans ou moins — 48

Chapitre 5 — 53
Services de santé primaires

La cour de Bethesda Place, Steinbach

« Soyez l'outil du changement que vous voulez voir dans le monde. »
— Gandhi

South Eastman Health/Santé Sud-Est Inc.
www.sehealth.mb.ca
C.P. 470 La Broquerie Manitoba R0A 0W0 Tél : 204-424-5880 Téléc : 204-424-5888

Évaluation des besoins de santé de la collectivité de 2008-2009

Vue d'ensemble

Lorsque le gouvernement a régionalisé les soins de santé au Manitoba il y a plus de dix ans, il a prescrit l'exécution d'une évaluation des besoins de santé de la collectivité à titre d'élément clé de la régionalisation. L'objectif de l'évaluation est de veiller à ce que le processus décisionnel et la planification des offices régionaux de la santé (ORS) soient guidés par des observations scientifiques sur la santé et les facteurs qui influent sur la santé de la population des diverses régions.

Pour South Eastman Health/Santé Sud-Est Inc., l'évaluation des besoins de santé de la collectivité est la pierre angulaire de l'engagement de l'ORS en faveur de la responsabilisation et de l'inclusion dans la planification des services de santé. Le conseil d'administration de l'ORS s'est engagé résolument à une planification des services de santé fondée sur l'évaluation et orientée par ses conclusions. Le processus d'évaluation reconnaît que les statistiques seules ne peuvent dessiner un portrait complet de la santé de la population, parce que de nombreuses réalités de la collectivité ne se réduisent pas à des chiffres.

L'évaluation de 2008-2009, la troisième mise-à-jour depuis 1997, comprend donc deux éléments également importants : un rapport statistique, qui décrit un ensemble d'indicateurs de l'état de santé de la population et de déterminants de la santé, et un rapport sur les consultations menées auprès des collectivités de la région. Ce rapport communautaire compile des renseignements fournis directement par des membres de la collectivité qui visent à accroître la connaissance des circonstances qui façonnent la réalité de la vie et de la santé des gens.

Données statistiques de l'évaluation

La région du Sud-Est du Manitoba est une région sanitaire rurale de taille moyenne qui compte une population relativement jeune d'un peu plus de 65 000 résidants. Affichant la croissance

Vue d'ensemble

Les églises jouent un rôle communautaire important. En effet, 70 % des jeunes familles indiquent qu'elles fréquentent régulièrement les lieux religieux.

démographique régionale la plus forte dans la province, la région du Sud-Est a connu une croissance de 25 % de sa population entre 1998 et 2008, comparativement à une croissance provinciale moyenne de 5 %. Une telle croissance représente un apport de plus de 13 000 résidants dans la région, soit un nombre plus élevé que la population de Steinbach, la collectivité la plus importante de la région. La croissance démographique a été forte dans tous les districts de planification et dans tous les groupes d'âge. Il n'est pas surprenant que les niveaux de financement qui soutiennent les services de santé dans la région doivent s'efforcer continuellement de rattraper la croissance démographique.

L'immigration joue un rôle important dans la composition démographique de la région du Sud-Est depuis plus cent ans. Aujourd'hui, la région reflète une mosaïque culturelle riche et variée. À l'heure actuelle, les récents immigrants représentent près de 10 % de la population. Ils proviennent de plus de quarante pays et utilisent 25 langues.

Comme dans les autres régions rurales du Manitoba, les niveaux socioéconomiques des résidants de la région du Sud-Est sont relativement modestes. Bien que les taux d'emploi soient constamment supérieurs aux taux provinciaux, les revenus gagnés sont généralement inférieurs aux moyennes manitobaines dans de nombreuses municipalités et les niveaux d'éducation sont généralement inférieurs à ceux qu'on observe à Winnipeg, même chez les jeunes adultes.

La région est caractérisée par des niveaux élevés de capital social et de forts réseaux communautaires. Les familles de la région accordent à leurs collectivités une cote très supérieure aux moyennes canadiennes en ce qui concerne la sécurité et la qualité de vie des quartiers, le soutien social et la stabilité résidentielle. Les églises jouent un rôle communautaire important. En effet, 70 % des jeunes familles indiquent qu'elles fréquentent régulièrement les lieux religieux.

L'état de santé de la population de la région demeure l'un des meilleurs au Manitoba. L'espérance de vie est plus grande que la moyenne manitobaine tant pour les

femmes que pour les hommes. Néanmoins, le bon état de santé n'est pas distribué également dans l'ensemble de la région. Les maladies qui touchent davantage la population sont les maladies physiques chroniques (diabète, arthrite, cancer, maladies cardiovasculaires et pulmonaires) et les maladies mentales (anxiété, troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles de l'alimentation, abus d'alcool ou d'autres drogues). Bien que de tels problèmes de santé physique et mentale soient généralement considérés comme des troubles qui accompagnent le vieillissement, leurs signes avant-coureurs apparaissent très tôt au début de la vie. L'évaluation des besoins de santé de la collectivité met en évidence des vulnérabilités dans la population des jeunes enfants de la région et elle offre des preuves convaincantes des facteurs de risque et des problèmes de santé précoces chez les jeunes et les jeunes adultes.

L'état de santé de la population de la région demeure l'un des meilleurs au Manitoba. L'espérance de vie est plus grande que la moyenne manitobaine tant pour les femmes que pour les hommes.

Données des consultations communautaires

Au fil du temps, l'évaluation a permis de consulter de manière étendue les collectivités de la région sur la santé des hommes et des femmes, le développement de la petite enfance, la santé de la population et la littératie, ainsi que sur les soins de santé au terme de la vie. Bon nombre des résidants de la région du Sud-Est, soit près d'une personne sur cinquante, ont contribué leurs connaissances directes et leurs expériences des soins de santé à l'évaluation des besoins de santé de la collectivité.

En 2008-2009, à la suite de plus d'une décennie de soins de santé régionalisés et d'une croissance démographique considérable, il était important de réévaluer les services de santé de base offerts dans la région. C'est pourquoi l'ORS a entrepris une série de consultations communautaires sur les services de santé primaires, soit les services de santé locaux, fondamentaux et familiers dont la plupart des gens ont besoin la plus grande partie du temps et qu'ils recherchent en premier lieu lorsqu'ils ont des problèmes de santé ou des questions sur la santé. Les consultations portant sur les services de santé

Vue d'ensemble

Les consultations ont révélé clairement que les services de santé primaires (services locaux de base) soulèvent les questions les plus importantes pour toutes les collectivités de la région.

Je crois que nous sommes très favorisés par les soins dont nous disposons.

Nous avons de bonnes fondations... Ce que nous faisons, nous le faisons bien... Nous n'avons pas à céder notre place à personne.

Nous devons travailler à améliorer d'abord les éléments de base.

primaires ont été étendues et ont engagé les membres de la collectivité, les médecins de la région et le personnel de l'ORS dans tous les districts de santé de la région.

La présente évaluation a permis de consulter un certain nombre de groupes démographiques uniques de la région afin de donner à leurs membres la possibilité d'exprimer des préoccupations au sujet de besoins et de services de santé particuliers. Ces populations comprenaient les collectivités métisses, les adultes âgés, ainsi que les jeunes et les jeunes adultes.

Les consultations ont révélé clairement que les services de santé primaires (services locaux de base) soulèvent les questions les plus importantes pour toutes les collectivités de la région. Les commentaires communautaires mettent également en évidence les défis particuliers de la région en matière de prestation des services de santé primaires, soit la croissance démographique constante, la réduction correspondante des ressources, ainsi que les exigences et les pressions qui s'exercent sur tous les aspects de la prestation des services. L'écoute et la documentation des expériences communautaires ont produit des renseignements cruciaux qu'ont fournis les utilisateurs du système de soins de santé en vue d'orienter la planification de l'ORS en matière de santé à court et à long terme.

Ce que nous disent les collectivités

Tout d'abord, les collectivités de la région croient que l'ORS a de solides fondations en matière de service. Tant les résidants que les fournisseurs de soins de santé valorisent fortement le système de soins de santé primaires de la région du Sud-Est et mentionnent sa réceptivité, la qualité des soins offerts et l'environnement de travail qu'il propose aux médecins et au personnel de l'ORS.

En même temps, les collectivités de la région perçoivent que l'ORS doit faire des progrès notables importants dans trois secteurs généraux : renforcer les services de santé locaux, améliorer la collaboration et la coordination des services et répondre aux besoins uniques de diverses populations particulières.

Vue d'ensemble

Pour renforcer les services de santé locaux, la principale priorité communautaire consiste à rehausser la continuité des soins médicaux. Les résidants expriment fortement qu'ils veulent des soins médicaux continus qui sont dispensés par des médecins qui les connaissent et les comprennent. Les collectivités demandent à l'ORS de viser l'accroissement du nombre de médecins, de réduire le roulement des médecins et d'améliorer l'accès aux cliniques médicales pendant les heures de bureau.

Il n'y a plus de médecins de famille. [Le patient] est un numéro et c'est tout. Si on vous dit de vous rendre à une clinique sans rendez-vous, c'est ce que vous devez faire.

Les collectivités croient que l'amélioration de l'information et de la communication est un autre facteur clé du renforcement des services de santé locaux. Les résidants demandent des renseignements faciles à trouver sur les services de santé offerts dans la région. Ils veulent un accès rapide à l'information sur la santé et aux réponses à leurs questions sur la santé afin de pouvoir prendre des décisions indépendantes et de mieux gérer leur propre santé. Les résidants encouragent l'ORS à utiliser davantage la technologie et d'autres moyens de communication tels que le réseau Internet, les courriels et les bulletins d'information communautaires. Ils encouragent aussi le système de santé à améliorer la communication entre les fournisseurs de services. Selon les résidants, la communication semble souvent décousue et fragmentée.

De l'information... pour s'orienter... pour savoir où commencer. Obtenir de l'aide ressemble à obtenir un cadeau.

Savoir où vous pouvez téléphoner lorsqu'on a un problème. Devez-vous téléphoner à un omnipraticien? Ou à une autre personne responsable qui peut vous indiquer où aller? Vous pouvez peut-être attendre pendant quelques jours parce qu'on dirait que vous n'avez qu'un rhume.

Les collectivités croient également qu'il est très important de renforcer les services de santé mentale dans la région du Sud-Est. Les améliorations devraient inclure un accès à un plus large éventail de services, tels que le traitement des dépendances, auxquels de nombreux résidants des régions rurales n'ont pas facilement accès et l'amélioration de l'intervention d'urgence en santé mentale. Les collectivités demandent également une meilleure communication entre le programme de services de santé mentale et les médecins, et l'amélioration de la connaissance du public et des fournisseurs de services au sujet des services de santé mentale présentement offerts dans la région.

Une des choses dont nous avons besoin dans la région, ce sont des services spécialisés pour les jeunes qui ont une dépendance à l'égard des drogues illicites... S'ils veulent arrêter d'en consommer, ils n'ont nulle part où aller... Je ne crois pas qu'il s'agit d'une tâche facile à accomplir, mais c'est une tâche urgente. Toutes nos collectivités sont touchées par les drogues d'une manière ou d'une autre.

J'ai parlé à des gens de ce service **[de santé mentale]**... *Il est offert ici. C'est un trésor caché*

Les collectivités de la région du Sud-Est perçoivent la nécessité impérieuse d'améliorer la coordination et la collaboration au sein du système de services de santé primaires de la région.

Vue d'ensemble

Vous ne savez pas où téléphoner. Aussi, vous téléphonez à un bureau et on vous donne le numéro de téléphone d'un autre bureau. Vous téléphonez au nouveau bureau et personne ne répond ou on vous renvoie au premier bureau!

Un patient se rend à l'établissement et il ne sait même pas pourquoi il est là. Il sait seulement qu'il a un rendez-vous.

Plusieurs questions relatives à la santé pourraient être traitées par une infirmière... Il n'est pas nécessaire que ce soit un médecin du début à la fin.

En ce qui concerne certaines tâches que nous exécutons à titre de médecins, nous pourrions consacrer notre temps plus efficacement à faire autre chose.

Le bureau du médecin ferme ses portes à cinq heures et vous partez de votre travail à cinq heures.

Je supposais sottement qu'il y avait des dossiers et que les [professionnels de la santé] les échangeaient entre eux. Lorsqu'elle est venue à Steinbach pour une consultation de suivi, j'ai demandé [aux professionnels de la santé] s'ils avaient les dossiers et ils m'ont répondu qu'ils ne les avaient pas. On a dû reprendre tous les tests. Comment peuvent-ils aider la personne entière s'ils ne connaissent qu'une partie de la situation?

Si j'ai une question qui vise la santé mentale, je n'ai pas à parler à mon médecin, mais il peut me mettre en relation avec un travailleur en santé mentale. À l'heure actuelle, vous pouvez consulter un médecin différent et personne ne le sait ou un spécialiste différent et personne ne sait que ce que l'autre a fait. Cela est stupide et constitue un gaspillage de ressources.

Un des obstacles majeurs à l'accès aux services et à la satisfaction des utilisateurs est la nature complexe du système de santé, que bon nombre de gens trouvent confus, impersonnel et intimidant. Les collectivités demandent des processus pour faciliter la navigation dans le système local de soins de santé en aidant à coordonner l'information, les communications et les aspects logistiques de l'accès aux soins

Les collectivités de la région du Sud-Est préconisent également des moyens innovateurs de prestation des services de santé primaires qui devraient se concentrer sur une plus grande coordination des services, une meilleure collaboration et des solutions de rechange aux soins médicaux. Les résidants et les fournisseurs de services soutiennent fortement l'adoption de nouveaux et différents modèles et structures de service, notamment le recours accru aux infirmières praticiennes et aux fournisseurs de services autres que les médecins et des heures de d'ouverture plus souples.

De plus, les résidants et les fournisseurs de services insistent sur la nécessité pour le système local de soins de santé de faciliter l'accès aux données des clients dans l'ensemble des milieux de soins de santé. Ils demandent à l'ORS d'adopter des dossiers de santé électroniques universels pour simplifier l'échange d'information, accroître l'efficacité et améliorer tant les soins aux clients que l'expérience des soins de santé de ces derniers.

Les services de santé primaires sont également la préoccupation principale des collectivités particulières consultées dans le cadre de l'évaluation des besoins de santé de la collectivité de 2008-2009. Les commentaires des résidants et leurs recommandations reprennent les commentaires et les recommandations soumis au cours des autres consultations. Toutefois, pour ces collectivités particulières, les données statistiques et d'autres données de recherche soulignent des problèmes de santé particuliers qui exigent une attention exclusive.

Les résidants des populations particulières proposent à l'ORS des orientations précises pour répondre à leurs besoins de santé et à leurs besoins en soins de santé particuliers. Les collectivités métisses favorisent une

meilleure connaissance des questions relatives à la santé chez les Autochtones et des influences culturelles sur la famille et la santé. Les adultes âgés demandent du soutien et la défense de leurs intérêts en vue de favoriser la vie autonome, notamment une aide pour traiter leurs questions de logement et de transport. Les jeunes et les jeunes adultes voient la nécessité de services de santé plus réceptifs à leur groupe d'âge, notamment l'utilisation accrue de la technologie pour fournir de l'information en matière de santé et l'adoption d'options en matière de prestation de services qui ciblent particulièrement les jeunes.

Conseils et recommandations de la collectivité

L'ORS a observé une uniformité remarquable dans les orientations en planification proposées par les résidants de la région du Sud-Est. L'ORS devrait :

- réexaminer la façon dont les services de santé primaires sont offerts (modalités et personnel) à l'échelle de la région et dans les collectivités individuelles;
- placer le client au coeur des services de santé afin que ces derniers soient axés sur les besoins des clients et non sur les besoins du système de soins de santé, et tenir compte de la personne entière, et non seulement de son état de santé;
- adopter une approche pratique pour relever les défis posés par le financement, la géographie et les obstacles au sein du système de soins de santé;
- se fonder sur les services locaux qui sont perçus comme une réussite par les collectivités;
- reconnaître la diversité et répondre aux besoins locaux particuliers des diverses collectivités;
- rehausser les activités locales de promotion de la santé et de prévention de la maladie;
- mettre au point des moyens d'information plus efficaces pour faire connaître aux résidants et aux fournisseurs de soins de santé l'étendue et la disponibilité des services offerts dans la région;
- examiner de nouveaux moyens de dispenser les services, tels que rapprocher les services de la

Les jeunes et les jeunes adultes voient la nécessité de services de santé plus réceptifs à leur groupe d'âge, notamment l'utilisation accrue de la technologie pour fournir de l'information en matière de santé.

La collectivité veut que l'on place le client au coeur des services de santé afin que les services soient axés sur les besoins des clients et non sur les besoins du système de soins de santé.

maison (p. ex., services mobiles et itinérants, recours à la technologie);
- examiner des solutions de rechange aux soins médicaux traditionnels qui sont offerts dans un milieu clinique (p. ex., infirmières praticiennes, centres de soins de santé primaires);
- renforcer le dialogue entre les intervenants et aider les collectivités, les médecins et les fournisseurs de services de l'ORS à collaborer à la découverte de solutions et au dépassement des défis quotidiens de la prestation de services de santé primaires dans la région;
- élaborer un plan régional de prestation des services de santé primaires à long terme et engager la collectivité dans l'élaboration.

Conclusion

L'évaluation des besoins de santé de la collectivité de 2008-2009 s'appuie sur les évaluations antérieures pour présenter des renseignements additionnels et mis à jour sur la santé de la population de la région du Sud-Est. De plus, la présente évaluation permet ce qui suit :

- élargir la collecte de données sur la santé pour englober d'importants groupes démographiques additionnels, notamment les résidants métis, les enfants, les jeunes, les jeunes adultes et les adultes âgés;
- présenter un compte rendu des consultations étendues auprès des collectivités et des fournisseurs de soins de santé de la région qui ont examiné les services de santé de base (primaires) dans la région du Sud-Est;
- confirmer que la demande de services de santé régionaux continue de s'accroître en harmonie avec une croissance démographique soutenue et continue.

Les chapitres suivants offrent des renseignements détaillés sur les analyses statistiques et les consultations communautaires qui font partie de l'évaluation des besoins de santé de la collectivité de 2008-2009.

« Si j'étais un décisionnaire, je me mettrais à la place du patient. »

Chapitre 1— Profil de la population

La région couvre une superficie d'environ 10 000 kilomètres carrés et comprend 10 municipalités rurales, la Première nation de Buffalo Point, trois villes, dont une grande, un village, nombreuses petites communautés et un territoire non organisé.

La région du Sud-est a connu une croissance remarquable au cours de la dernière décennie. Les projections démographiques prévoient une croissance continue supérieure à la moyenne provinciale.

L'arrivée récente d'immigrants est un moteur important de la croissance démographique. Ces derniers représentent 10 % de la population totale de la région.

La population de la région ne vit pas dans l'abondance. Bien que les taux d'emploi soient supérieurs aux taux provinciaux, les revenus gagnés sont généralement inférieurs aux moyennes manitobaines. Les niveaux d'éducation sont généralement inférieurs à ceux qu'on observe à Winnipeg, même chez les jeunes adultes.

Dans la région, les niveaux de vie varient principalement d'un niveau faible à un niveau moyen. On observe des différences marquées en matière de revenus : ils passent des plus faibles aux plus élevés lorsqu'on se déplace du sud-est de la région au nord de celle-ci, en particulier dans le nord-ouest. Dans l'ensemble de la région, un nombre considérable de résidants font face à des difficultés économiques importantes.

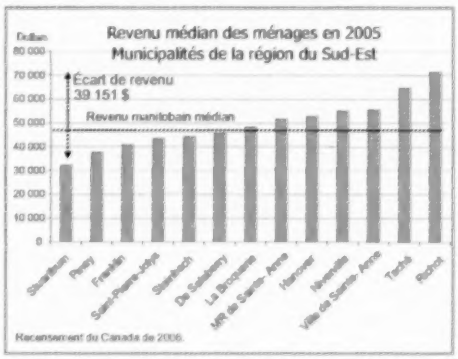
Données démographiques

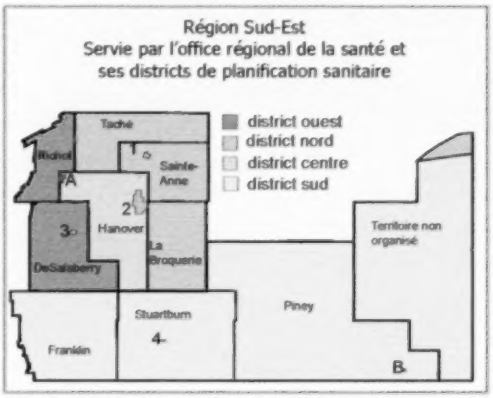
La région du Sud-Est comptait 65 383 résidants en juin 2008, qui représentaient 5 % de la population du Manitoba et 14 % de la population manitobaine rurale.

La région compte quatre districts géographiques qui facilitent la planification des services de santé :

- district Ouest : 13 060 résidants
- district Nord : 17 220 résidants

La population de la région est plus jeune que la population générale de la province.





1. L'hôpital Sainte Anne
2. L'hôpital Bethesda (Steinbach)
3. Centre médico-social DeSalaberry (Saint Pierre-Jolys)
4. Centre médico-social Vita et district
A. Centre de soins de santé primaires Niverville
B. Centre de soins de santé primaires East Borderland (Sprague)

- district Centre : 29 141 résidants
- district Sud : 5 962 résidants

Dans l'ensemble, la population de la région est plus jeune que la population générale de la province. Elle affiche un pourcentage supérieur d'enfants âgés de moins de 15 ans (24 % par rapport à 19 % pour la province) et un pourcentage inférieur de personnes âgées de 65 ans et plus (10 % par rapport à 14 % pour la province).

On observe des différences marquées entre les districts en matière d'âge de la population. La population du district Centre est plus jeune que l'ensemble de la population de la région : 27 % des résidants sont des enfants et 10 % sont des personnes âgées. Par contre, le district Sud a une population vieillissante de résidants : 18 % sont des personnes âgées et 20 % sont des enfants âgés de moins de 15 ans.

Caractéristiques ethniques et culturelles

Comme dans le reste du Manitoba, plus de 40 % des résidants de la région du Sud-Est indiquent des origines ethniques multiples.

Dans la région, 8 % des résidants utilisent le français à la maison et un autre pour cent des résidants utilise l'anglais et le français. Onze pour cent des résidants de la région indiquent qu'ils utilisent une autre langue que l'anglais ou le français à la maison et un autre pour cent des résidants utilise des langues non officielles en combinaison avec l'anglais. La langue parlée à la maison varie selon les districts : le français est plus couramment utilisé dans les districts Ouest et Nord, tandis que les langues non officielles sont plus utilisées dans le district Centre.

Neuf pour cent des résidants de la région s'identifient comme ayant des origines autochtones et 87 % des Autochtones indiquent une identité métisse.

Environ 1 % des résidants appartient à des groupes des minorités visibles, comparativement à près de 10 % pour l'ensemble de la population manitobaine. L'apport des minorités visibles à la population de la région s'est accru de 16 % entre 2001 et 2006 et la majorité de ces personnes vit aujourd'hui dans le district Centre.

Éducation

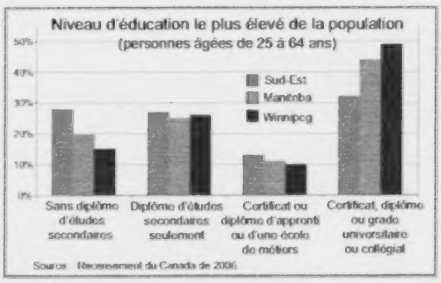
Comme c'est le cas dans les autres régions rurales du Manitoba, les niveaux d'éducation sont perceptiblement plus faibles dans la région du Sud-Est qu'à Winnipeg. Plus de 52 % des résidants âgés de 15 à 24 ans n'ont pas obtenu un certificat de fin d'études secondaires, comparativement à 47 % pour l'ensemble de la province; 28 % des résidants âgés de 25 à 64 ans n'ont pas obtenu un certificat de fin d'études secondaires, comparativement à 20 % pour l'ensemble de la province; 61 % des résidants âgés de 65 ans et plus n'ont pas obtenu un certificat de fin d'études secondaires, comparativement à 46 % pour l'ensemble de la province. On observe des différences marquées entre les districts de la région.

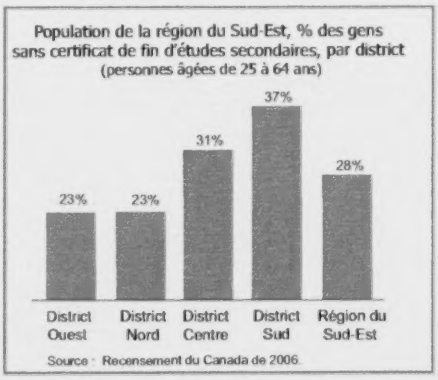
Emploi et revenu

Plus de 70 % des résidants âgés de 15 ans et plus de la région font partie de la population active, soit 79 % des hommes et 65 % des femmes. Les taux d'emploi et de participation à la main-d'oeuvre sont plus élevés dans la région du Sud-Est que dans l'ensemble du Manitoba.

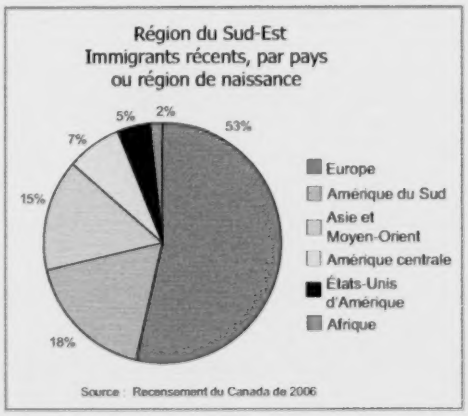
Le pourcentage des jeunes de la région âgés de 15 à 24 ans qui participent à la main-d'oeuvre est plus élevé que les moyennes manitobaines pour les hommes et le femmes. Le taux de chômage de ce groupe d'âge est beaucoup moins élevé que le taux de chômage provincial.

Soixante-quatre pour cent des femmes ayant des enfants âgés de moins de 6 ans et 78 % de





Activité sur le marché du travail en 2005 pour les jeunes de 15 à 24 ans				
	Hommes		Femmes	
	Région du Sud-Est	Manitoba	Région du Sud-Est	Manitoba
Taux de participation	74%	68%	69%	66%
Taux de chômage	4%	11%	7%	12%



celles qui ont des enfants âgés de plus de 6 ans font partie de la population active. Les pourcentages ont chuté légèrement entre 2000 et 2005. Bien que le recensement de 2006 indique que 2 045 femmes ayant des enfants âgés de moins de 6 ans faisaient partie de la main-d'oeuvre, la région ne comptait que 391 places en services de garde d'enfants réglementés pour les enfants d'âge préscolaire.

Dans la région, les revenus varient énormément selon les municipalités. Le revenu d'emploi moyen est généralement plus faible que la moyenne manitobaine. Les femmes continuent de gagner moins que les hommes. Les femmes qui occupaient un emploi à temps plein pendant toute l'année avaient généralement un revenu inférieur d'environ 10 000 $ à celui des hommes. Un tel écart correspond aux données provinciales.

Comparativement à l'ensemble de la province, il est plus probable que les travailleurs de la région occupent des emplois de col bleu que des emplois de col blanc.

Dans la région du Sud-Est, les ménages affectent une plus grande partie de leur revenu au logement que la moyenne manitobaine.

Immigration

Dans la région du Sud-Est, l'apport des immigrants récents à la population est plus élevé que la moyenne manitobaine : 2 200 immigrants récents se sont établis dans la région. Un immigrant récent est une personne qui est arrivée au Canada entre 2001 et le jour du recensement de 2006. Le recensement canadien antérieur indiquait que 1 355 immigrants récents s'étaient établis dans la région entre 1996 et 2001. Par 2006, dans le Sud-est, un résident sur 14 venait d'outre-mer comparativement à un sur 25 pour l'ensemble de la population manitobaine.

Bien que les immigrants récents se soient établis partout dans la région, 63 % d'entre eux vivent dans le district Centre et 23 % dans le district Nord.

Chapitre 2 — Profil de la santé de la population

Tour d'horizon

Le présent chapitre décrit l'état de santé des résidants de la région du Sud-Est en ayant recours à une gamme étendue d'indicateurs de l'état de santé et de déterminants de la santé de la population.

Les sources des données comprennent des statistiques recueillies par Santé et Vie saine Manitoba, le Centre manitobain d'élaboration de la politique des soins de santé, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et Statistique Canada, ainsi que des renseignements recueillis couramment par South Eastman Health/Santé Sud-Est Inc. dans la rgion à ses propres fins de surveillance et de planification. Les données comparent la région du Sud-Est au reste du Manitoba et décrivent l'évolution des tendances récentes.

État de santé

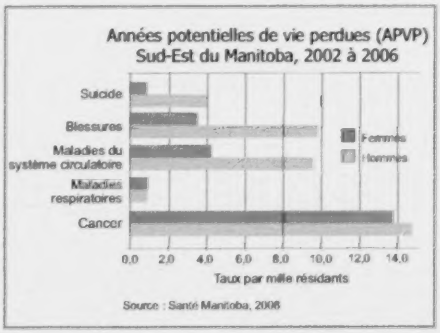
L'état de santé de la population de la région du Sud-Est demeure l'un des meilleurs au Manitoba.

L'espérance de vie à la naissance s'accroît avec le passage de chaque décennie. Bien que l'espérance de vie soit plus longue pour les femmes que pour les hommes dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada, le fossé des sexes se réduit de façon constante. Dans la région, l'espérance de vie est plus grande que la moyenne manitobaine tant pour les femmes que pour les hommes. Si on la mesure entre 2001 et 2005, l'espérance de vie à la naissance dans la région était de 83,2 ans pour les femmes et de 78,9 ans pour les hommes, soit un écart de 4,3 ans. L'espérance de vie moyenne des Manitobains nés au cours de la même période était de 81,5 ans pour les femmes et 76,3 ans pour les hommes.

Les maladies cardiovasculaires et le cancer demeurent les principales causes de décès dans l'ensemble des populations du sud du Manitoba.

Comparativement à la situation dans l'ensemble du Manitoba, la population de la région du Sud-Est

Seulement 21 % des résidants de la région âgés de 12 ans et plus se considèrent « actifs », soit un pourcentage légèrement inférieur à la moyenne provinciale de 24 %.



Les problèmes de santé mentale et les maladies chroniques, y compris les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et l'arthrite, représentent le fardeau de la maladie le plus important dans la population de la région du Sud-Est.

indique des taux de décès et des taux de présence des maladies et des blessures majeures moyens ou inférieurs à la moyenne.

Les problèmes de santé mentale et les maladies chroniques, y compris les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et l'arthrite, représentent le fardeau de la maladie le plus important dans la population de la région du Sud-Est.

La prévalence (nombre total de cas) des problèmes de santé mentale diagnostiqués chez les résidants de la région âgés de 10 ans et plus était de beaucoup inférieure aux moyennes manitobaines pendant les périodes de 1996-1997 à 2000-2001 et de 2001-2002 à 2005-2006. Toutefois, on a observé une augmentation significative du nombre de cas de la première période à la seconde : le taux est passé de 20 % à 22 %.

Bien-être

Les indicateurs de bien-être tentent de mesurer le degré de santé de la population. Le bien-être dépasse le fait d'être vivant et d'être capable de fonctionner. Il suppose un certain niveau de vitalité et de résistance à la maladie. Les gens qui se sentent bien, pour lesquels les défis peuvent être gérables et dont la vie est fructueuse sont plus en mesure de composer avec succès avec le stress et de demeurer en santé.

Comme la plupart des Manitobains âgés de 12 ans et plus, les résidants de la région du Sud-Est questionnés en 2005 se perçoivent en santé, car 89 % d'entre eux évaluent que leur propre santé est bonne, très bonne ou excellente. La majorité des résidants donne une cote élevée à leur santé physique et mentale.

Comme dans la plupart des régions de la province, 20 % des résidants du Sud-Est âgés des 15 ans et plus indiquent un niveau de stress élevé et 45 % indiquent que le stress est moyen. Seulement 35 % de la population indiquent une absence de stress dans leur vie.

De plus, 70% des résidants de la région âgés de 12 ans et plus n'indiquent aucune difficulté physique

ou émotive qui limite la pratique de leurs activités normales au cours des trente jours antérieurs.

Dans l'ensemble, 40 % des résidants de la région sont très satisfaits de leur vie, comme le sont généralement les Manitobains des autres régions.

Pratiques de santé et mode de vie

Seulement 21 % des résidants de la région du Sud-Est âgés de 12 ans et plus ont fait usage du tabac en 2005, soit un pourcentage légèrement inférieur à la moyenne provinciale. Le pourcentage des anciens fumeurs était de 41 %. Tout comme ailleurs au Manitoba, 15 % des résidants de la région ont indiqué qu'ils avaient été exposés à la fumée secondaire à la maison.

Environ 42 % des résidants de la région âgés de 18 ans et plus affichent un poids acceptable, 38 % d'entre eux affichent un excès de poids et 21 % sont obèses. Ces données correspondent aux données générales pour le Manitoba.

Comme la plupart des Manitobains, moins de 30 % des résidants de la région âgés de 12 ans et plus consomment cinq portions et plus de fruits et de légumes par jour, tel que le recommandent la Société canadienne du cancer et d'autres organismes de santé.

Lorsqu'ils évaluent leur niveau d'activité physique dans leurs temps libres, seulement 30 % des résidants de la région âgés de 12 ans et plus se considèrent « actifs », soit un pourcentage légèrement au-delà de la moyenne provinciale de 29 %.

Un peu plus de 30 % des résidants de la région âgés de 12 ans et plus ont indiqué une « consommation abusive d'alcool », qui est définie par la consommation de cinq boissons alcoolisées et plus au cours de la même sortie. Un tel niveau est inférieur à la moyenne provinciale de 37 %.

Les taux des infections transmises sexuellement indiqués pour les résidants de la région du Sud-Est sont parmi les plus faibles dans la province.

Dans l'ensemble, 94 % des résidants de la région sont satisfaits ou très satisfaits de leur vie.

Dans la région, 31 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivent dans des milieux non familiaux, tandis que 27 % de toutes les personnes âgées vivent seules.

Adaptation et soutien

Les mécanismes de soutien social offerts aux membres de la collectivité sont des facteurs extrêmement importants de leur sentiment de valorisation et de l'aide qu'ils peuvent recevoir pour composer avec les problèmes lorsqu'ils surviennent.

De nombreux éléments probants indiquent que les personnes qui ont un conjoint ou un partenaire de longue date vivent plus longtemps et sont en meilleure santé que ceux qui n'en ont pas et les effets sont plus marqués chez les hommes que chez les femmes. Dans la région du Sud-Est, 65 % des résidants âgés de 15 ans et plus vivent avec un partenaire, soit 8 % de plus que dans la population manitobaine en général.

Les personnes qui ne bénéficient pas du soutien d'un partenaire sont collectivement plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé à long terme. Par conséquent, les indicateurs de soutien social comprennent des mesures des besoins dans deux groupes démographiques vulnérables, soit les familles monoparentales et les personnes âgées sans famille.

Les parents uniques dirigent 9 % de toutes les familles de la région du Sud-est, soit un pourcentage inférieur à la moyenne provinciale de 17 %. Les hommes dirigent 27 % des familles monoparentales de la région, soit un pourcentage supérieur à la moyenne provinciale de 19 %.

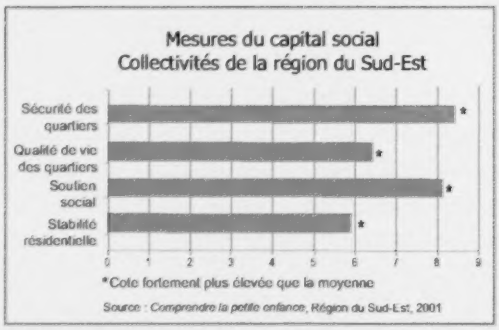
Dans la région, 31 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivent dans des milieux non familiaux, tandis que 27 % de toutes les personnes âgées vivent seules.

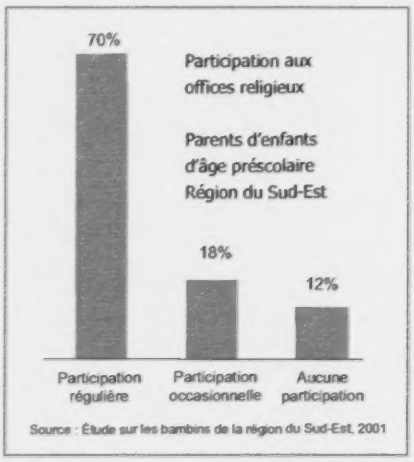
Le district Sud souffre d'une insuffisance de logements foyers pour personnes âgées, c'est-à-dire des logements où les aînés peuvent vivre de manière autonome, tout en bénéficiant d'une aide proche s'ils en ont besoin. Seulement 7 % des unités d'habitation pour personnes âgées sont situées dans le district Sud, malgré le fait que 16 % des résidants de la région âgés de 65 ans et plus vivent dans le district. Au moins 35 % des personnes âgées du district vivent seules.

Capital social

Les familles de la région accordent à leurs collectivités une cote très supérieure aux moyennes canadiennes en ce qui concerne la sécurité et la qualité de vie des quartiers, le soutien social et la stabilité résidentielle. Les collectivités de la région du Sud-Est démontrent une cohérence et une cohésion certaines.

Les églises jouent un rôle important dans les collectivités de la région. En effet, 70 % des jeunes familles indiquent qu'ils fréquentent régulièrement une église. Plus de 110 églises desservent 60 petites et grandes collectivités et elles sont réparties dans toute la région. Sans exception, elles proposent des groupes auxquels participent leurs membres au cours de la semaine. Presque toutes les églises ont des bénévoles qui aident les personnes dans le besoin, offrent des programmes à l'intention des aînés, des jeunes et des jeunes familles, ainsi que des services de counseling à l'intention de leurs membres en situation de détresse, font des contributions périodiques aux banques d'alimentation communautaires et accomplissent des tâches communautaires, que ce soit à domicile ou ailleurs.





Utilisation des services de santé

La région du Sud-Est compte environ un médecin de famille par tranche de 1 700 résidants. Le ratio moyen dans les régions rurales desservies par des offices régionaux de la santé est d'un médecin de famille par tranche de 1 500 résidants.

Les résidants de la région consultent des médecins de famille à des taux inférieurs aux niveaux manitobains, soit une moyenne d'un peu moins de cinq consultations par résidant et par année. Les taux de consultation des médecins spécialistes pour les résidants de la région sont également inférieurs à la moyenne provinciale, tout comme les taux auxquels les résidants consultent réellement des médecins spécialistes.

Les trois quarts de toutes les consultations des médecins de famille effectuées par les résidants de la région ont lieu dans la région plutôt qu'ailleurs.

Les trois quarts de toutes les consultations des médecins de famille effectuées par les résidants de la région ont lieu dans la région. Le nombre de consultations varie selon les districts et c'est dans le district Centre que les résidants reçoivent 90 % des services des médecins de famille dans la région. Étant donné que les districts Nord et Ouest comprennent des collectivités situées près de Winnipeg, 21 % et 47 % des services des médecins de famille sont respectivement offerts à Winnipeg. Les résidants du district Sud reçoivent près des deux tiers des services des médecins de famille dans la région.

Près de 70 % des jours d'hospitalisation des résidants de la région visent les hôpitaux régionaux et moins de 30 % visent les hôpitaux de Winnipeg. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent près de 40 % des cas d'hospitalisation et les deux tiers de tous les jours d'hospitalisation utilisés par la population de la région du Sud-Est.

Les taux d'hospitalisation des résidants de la région du Sud-Est correspondent aux moyennes manitobaines. Environ 50 % des patients hospitalisés de la région le sont dans les hôpitaux régionaux, 45 % sont hospitalisés à Winnipeg et 5 % des patients sont hospitalisés ailleurs.

Dans la région, la croissance de la population âgée de 75 ans et plus s'est traduite par une augmentation de 49 % de cas de soins à domicile au cours de la dernière décennie. La période moyenne pendant laquelle les personnes de la région reçoivent des services de soins à domicile s'est grandement accrue.

Chapitre 3 — Croissance démographique et services de santé

Tour d'horizon

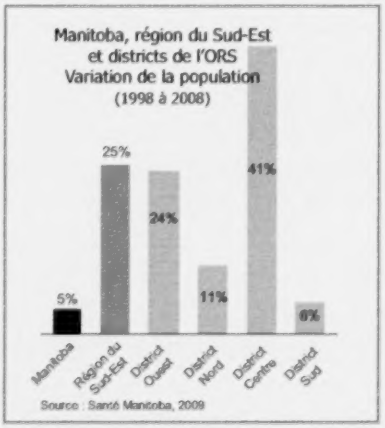
Au cours de la dernière décennie, la région du Sud-Est a connu un taux de croissance cinq fois supérieur à la moyenne provinciale. Le taux décennal de croissance démographique de la région s'est chiffré à un taux moyen de 2,5 % par année. Toutefois, entre 2007 et 2008, la population s'est accrue de 2,9 %, alors qu'elle s'était accrue de 3,5 % entre 2006 et 2007.

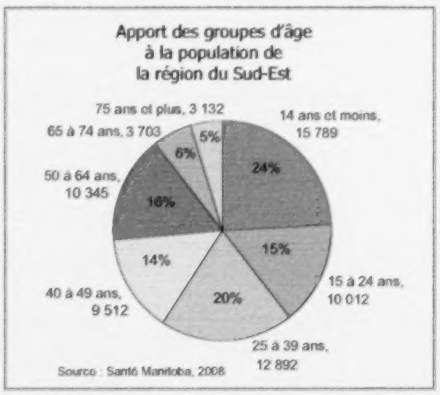
Le financement des services de santé n'a pas suivi la cadence. Au cours des ans, le financement proportionnel au nombre d'habitants de la région du Sud-Est a connu une baisse constante par rapport aux autres régions. En 1999-2000, le financement proportionnel au nombre d'habitants accordé à l'ORS de la région du Sud-Est correspondait à 46,5 % de la moyenne provinciale et à 67,3 % de la moyenne des régions rurales et du Nord. En 2007-2008, malgré une hausse de 81,2 % du financement total depuis 1999-2000, la croissance démographique de la région a réduit les fonds accordés par habitant (991 $) à 43,2 % de la moyenne provinciale (2 294 $) et à 62,4 % de la moyenne des régions rurales et du Nord (1 588 $).

La croissance a été manifeste dans tous les districts de l'ORS, mais elle a été particulièrement forte dans le district Centre, qui a connu une hausse de 41 % entre 1998 et 2008, soit quelque 8 500 personnes, et qui comptabilise les deux tiers de la croissance de la région.

Une croissance démographique grandement supérieure aux taux provinciaux a également été manifeste dans tous les groupes d'âge de la région du Sud-Est. Les personnes plus âgées indiquent de forts taux de croissance, bien que les résidants âgés de moins de 40 ans et âgés de 40 ans et plus aient contribué d'une manière relativement égale à la croissance démographique générale de la région. Le district Centre a enregistré des augmentations spectaculaires

Le financement des services de santé n'a pas suivi la croissance démographique.





dans tous les groupes d'âge, tandis que dans les autres districts, la croissance a été principalement le fait du groupe des personnes âgées de 40 ans et plus.

Dans la région du Sud-Est, la croissance démographique est dictée par le taux de naissance supérieur à la moyenne et l'immigration. Bien qu'au cours de la dernière décennie, la majorité des immigrants ait été d'origine ethnique allemande et russe, le profil des immigrants d'outre-mer change graduellement grâce à l'arrivée d'un nombre croissant d'immigrants d'autres régions du monde.

Parmi les immigrants qui se sont établis dans la région entre 1998 et 2008, 50 % étaient âgés de moins de 19 ans. La grande majorité d'entre eux s'est établie dans le district Centre et ses environs. C'est pourquoi les collectivités du district affichent un profil d'âge très jeune. Le recensement du Canada de 2006 indique que la municipalité rurale de Hanover est au troisième rang des collectivités rurales les plus jeunes au Canada, car 31,6 % de ses résidants sont âgés de moins de 15 ans. L'âge médian des résidants de la municipalité rurale est de 27,4 ans. D'autres collectivités de la région indiquent également un âge médian beaucoup plus faible que la moyenne provinciale (38,1 ans), y compris La Broquerie (28,8 ans), Niverville (30,8 ans) et Steinbach (35 ans).

Incidences sur les services de santé régionaux

En raison de la croissance démographique, tous les programmes et services de l'ORS sont témoins d'un accroissement important et soutenu de leur utilisation.

Les programmes de santé publique indiquent une hausse de 50 % des naissances depuis 1999, de 91 % du nombre d'enfants vaccinés entre 2002 et 2007 et de 300 % du nombre de cliniques d'hygiène infantile au centre régional de Steinbach. À l'heure actuelle, les services de santé publique immunisent plus 13 000 enfants de la région. Depuis 2005, le nombre de jours de clinique d'hygiène infantile nécessaires à Steinbach s'est accru de deux à trois jours par mois à huit à dix jours par mois.

Chapitre 3 — Croissance démographique et services de santé

Étant donné que la demande de services de sage-femme dépasse les ressources disponibles, l'ORS a été incapable d'accueillir 120 personnes en 2008-2009. Au cours de la même période, des sages-femmes ont participé à 108 naissances, soit 10 % des naissances dans la région du Sud-Est.

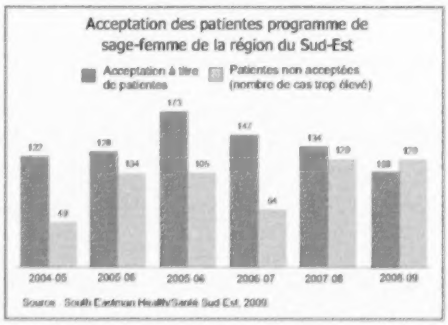
Le nombre de cas des programmes communautaires de santé mentale augmente constamment chez les adultes, les enfants et les adolescents, les personnes âgées et les cas de soins intensifs. Cela se traduit par des rapports du nombre de cas sur les effectifs qui dépassent les recommandations provinciales dans tous les secteurs des services. Le nombre de cas chez les adultes, par exemple, s'est accru de 54 % entre 2004-2005 et 2008-2009.

Le nombre de cas de soins à domicile s'est accru de 48 % au cours de la dernière décennie. Le programme de soins à domicile a également connu une intensité accrue et une prolongation des périodes pendant lesquelles les soins à domicile sont nécessaires.

La région compte également sept foyers de soins personnels (FSP) qui accueillent 334 résidants. Trois établissements sont liés aux hôpitaux régionaux de Sainte-Anne, Steinbach et Vita. Trois autres établissements situés à Sainte-Anne, Steinbach et Grunthal sont des organismes sans but lucratif à orientation religieuse, tandis que le FSP de Saint-Adolphe est un établissement exploité en entreprise privée.

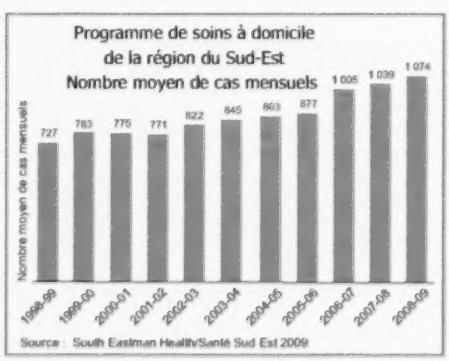
Le nombre de lits de foyer de soins personnels (FSP) alloué à la région du Sud-Est est demeuré inchangé depuis quinze ans. Par conséquent, l'offre de lits de FSP, soit le nombre de lits de FSP par tranche de 1 000 résidents âgés de 75 ans et plus, est désormais inférieure à la cible provinciale de 110 lits par 1 000[1] résidents. Étant donné la tendance décennale de l'augmentation continue du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus dans la région, on s'attend à

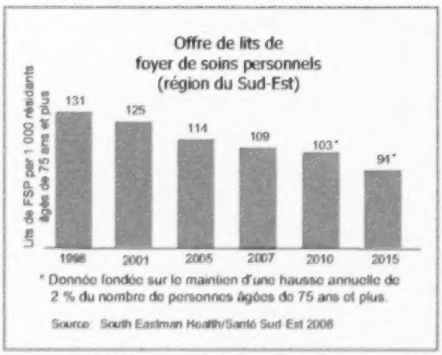
[1] Direction des politiques et de la planification de la Division des orientations stratégiques et des programmes de médicaments de Santé Manitoba, 2004.

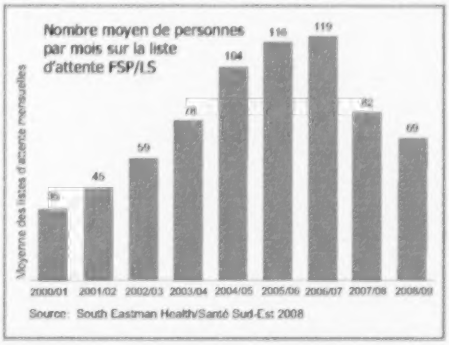


Charge professionnelle en santé mentale dans le Sud-Est		
Groupe de clients	Rapport recommandé	Rapport réel
Adultes	50 à 1	79 à 1
Enfants et adolescents	35 à 1	43 à 1
Personnes âgées	25 à 1	37 à 1
Gestion des soins intensifs	20 à 1	31 à 1

Source : South Eastman Health/Santé Sud-Est, 2008.







une réduction continue de l'offre de lits de FSP, qui devrait chuter à 103 lits par 1 000 résidants en 2010.

Les services de logement supervisés (LS), qui offrent des soins équivalents à ceux d'un foyer de soins personnels légers, ont été mis en oeuvre dans la région du Sud-Est en 2002. En 2007 et en 2008, on a financé des lits de logement supervisé additionnels pour en hausser le nombre à 60 et établir un rapport de 20 lits par 1 000 résidants âgés de 75 ans et plus.

La liste d'attente mensuelle moyenne pour l'admission à un FSP ou un logement supervisé s'est accrue de plus de 300 % au cours d'une période de cinq ans (2001-2002 à 2006-2007), le nombre de personnes en attente passant de 35 à 119. Toutefois, en 2007-2008, l'ouverture de lits de logement supervisé additionnels, combinée avec la hausse du nombre de décès et des congés des FSP, a permis une réduction spectaculaire de la liste d'attente. En 2008-2009, la liste d'attente moyenne pour l'admission à un FSP ou un logement supervisé totalisait 69 personnes.

Des médecins de famille embauchés aux termes d'un contrat de l'ORS sont établis à Saint-Pierre-Jolys et Vita, tandis que des médecins embauchés aux termes d'un contrat de paiement à l'acte pratiquent à Sainte-Anne, Niverville et Steinbach. En décembre 2008, la région comptait l'équivalent de 31,5 médecins de famille à temps plein. De plus, deux chirurgiens généralistes travaillent aux hôpitaux de Sainte-Anne et de Steinbach et quatre médecins urgentistes, dont deux pratiquent des anesthésies, sont membres du personnel de l'hôpital de Steinbach.

Le nombre de cas traités par des médecins de famille s'est accru de 35 % au cours des dix dernières années. Le fardeau de la hausse a reposé en grande partie sur les épaules des médecins de famille de Steinbach, qui ont dispensé les deux tiers des services offerts dans la région et 90 % des services régionaux aux résidants du district Centre.

La croissance démographique marquée et simultanée de tous les groupes d'utilisateurs importants

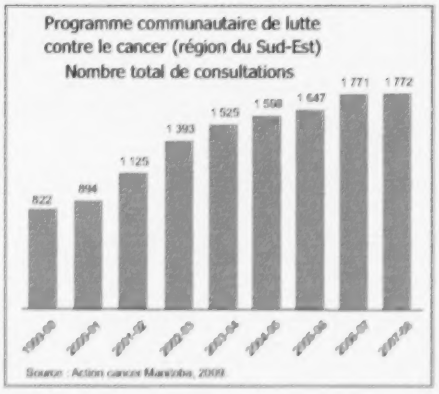
(nourrissons, jeunes enfants, femmes pendant leur période de fécondité, personnes âgées de 65 ans et plus) qu'a connue l'ORS s'est traduite par l'accroissement de la demande de services médicaux.

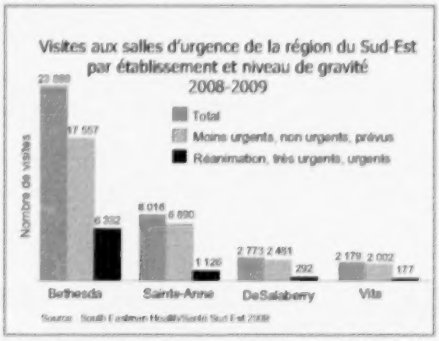
South Eastman Health/Santé Sud-Est Inc. est propriétaire de quatre hôpitaux, qu'elle exploite à Saint-Pierre-Jolys, Sainte-Anne, Steinbach et Vita. Dans l'ensemble, l'ORS est financé pour 129 lits d'hôpital, y compris 20 lits des soins prolongés. Cela se traduit par un rapport en 2008 de 1,97 lit de soins actifs par 1 000 résidants. La disponibilité des lits de soins actifs a chuté de façon constante en raison de la croissance démographique : en 2002, le rapport était de 2,22 lits par 1 000 résidants.

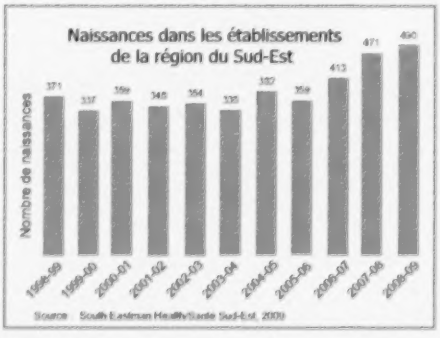
Tous les services hospitaliers ont connu de problèmes croissants de nombre de cas excessif. Les services les plus touchés sont les salles d'urgence, les services obstétricaux, les services communautaires de chimiothérapie, les services médicaux d'urgence (SMU) et les services de diagnostic et de laboratoire.

L'hôpital Bethesda de Steinbach a été témoin d'une hausse de 40 % des visites à la salle d'urgence au cours des dix dernières années. L'établissement dispense les deux tiers des services de salle d'urgence offerts aux résidants de la région du Sud-Est. De plus, au cours des dernières années, le niveau de gravité des cas s'est accru grandement : le nombre des cas les plus graves a presque doublé depuis 2003-2004. Pendant ce temps, le nombre des cas moins graves (classés comme étant moins urgents, non urgents ou prévus) s'est accru de 15 %.

Dans la région du Sud-Est, 45 % des naissances ont lieu dans les hôpitaux régionaux , 50 % ont lieu dans les hôpitaux de Winnipeg et 5 % des bébés naissent à la maison ou dans des hôpitaux d'ailleurs. Le nombre s'accroît dans tous les établissements et la demande de services obstétricaux dans la région, qui sont offerts par les hôpitaux de Sainte-Anne et de Steinbach, croît de façon constante.

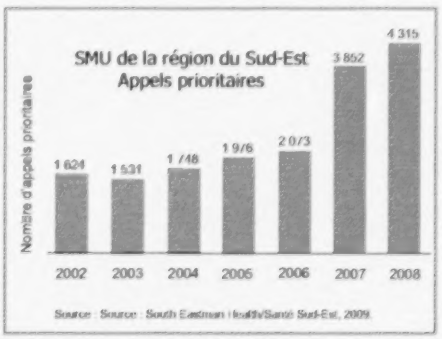






Chapitre 3 — Croissance démographique et services de santé

Entre 1998-1999 et 2008-2009, le nombre de naissances dans les établissements de santé de la région se sont accrus de 32 %.



Entre 1998-1999 et 2008-2009, le nombre de naissances dans les établissements de santé de la région se sont accrus de 32 %. L'hôpital Bethesda, où ont lieu 80 % des naissances dans la région, a connu une hausse de 40 % au cours de la période, tandis que le nombre de naissances s'est accru de 5 % à l'hôpital de Sainte-Anne.

La croissance démographique a également eu des incidences sur l'utilisation des services de diagnostic et de laboratoire dans la région du Sud-Est. À l'hôpital Bethesda de Steinbach, où la grande majorité de ces services est offerte, le nombre d'analyses sanguines s'est accru de 30 % entre 2003-2004 et 2007-2008. Des hausses similaires ont été observées aux établissements de Sainte-Anne (40 %) et de Saint-Pierre (31 %). À Steinbach par ailleurs, les services d'analyse sanguine de la principale clinique médicale ont été transférés en mai 2008 à un laboratoire privé. Cela a entraîné en 2008-2009 une réduction importante de 33 % du nombre d'analyses sanguines effectuées à l'hôpital Bethesda et la réaffectation du personnel de laboratoire à d'autres secteurs affichant une demande élevée. Entre 2007-2008 et 2008-2009, les analyses sanguines effectuées aux hôpitaux de Sainte-Anne et de Vita ont continué de s'accroître de 3 % et de 6 % respectivement.

Le programme des services médicaux d'urgence (SMU) a connu des hausses très importantes du nombre de cas traités. Le nombre d'interventions médicales d'urgence s'est accru de 28 % entre 2002 et 2006 et a plus que doublé entre 2006 et 2008. Le nombre d'interventions prioritaires des ambulanciers est aujourd'hui presque trois fois plus élevé que le nombre enregistré en 2002.

Chapitre 4 — Santé de groupes démographiques particuliers

La santé des groupes démographiques varie considérablement selon l'âge et le sexe, les conditions sociales et économiques, le milieu physique et l'accès à des services de santé de qualité. Ces facteurs interagissent de diverses manières pour avoir des incidences sur la santé et les soins de santé.

L'évaluation des besoins de santé de la collectivité examine non seulement la santé de la population générale de la région du Sud-Est, mais aussi la santé de groupes démographiques particuliers. Pour ces groupes particuliers, l'évaluation exige la collecte de données statistiques et des consultations directes auprès des membres de la collectivité par le biais de groupes de consultation et de discussion. Une telle pratique améliore la compréhension des circonstances qui façonnent la réalité de la vie et de la santé des gens. Les renseignements indiqués dans les rapports de l'évaluation des besoins de santé orientent le travail d'élaboration des politiques et de planification de l'office régional de la santé (ORS) en vue de traiter les besoins de santé de ces groupes particuliers.

L'évaluation de 2008-2009 présente les expériences et les besoins en matière de santé des collectivités métisses, des adultes âgés de 55 ans et plus, des jeunes et des jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans et des enfants âgés de 6 ans ou moins.

L'évaluation de 2003-2004 présentait les expériences et les besoins uniques en matière de santé des femmes, des hommes et des personnes au terme de leur vie. Elle traitait également des relations complexes entre la santé et des facteurs socioéconomiques (éducation, emploi, revenu) dans une étude sur la santé de la population et de l'alphabétisation communautaire.

Dans le rapport de 1997-1998, l'ORS avait cerné cinq groupes démographiques vulnérables et prioritaires : les enfants et les jeunes, les personnes âgées, les femmes, les groupes défavorisés sur le plan socio-économique et les résidants du district Sud. La santé mentale et un meilleur accès aux services ont également été cernés comme des priorités en termes de services.

La santé des groupes démographiques varie considérablement selon l'âge et le sexe, les conditions sociales et économiques, le milieu physique et l'accès à des services de santé de qualité.

1. Collectivités métisses

Selon le Recensement du Canada de 1996, la population d'origine autochtone représentait 5 % de la population régionale tandis qu'en 2001 elle se chiffrait à 7 %. La population Métis, lors des mêmes recensements représentait 83 et 86 % du groupe, respectivement.

Bien qu'on ait fait beaucoup de travail pour décrire la santé des peuples des Premières nations du Canada, il y a peu d'information sur la santé des populations métisses. Dans la région du Sud-Est, on ne bénéficie pas de données de recherche spécifiques à la santé des collectivités métisses locales ou à l'importance de la reconnaissance du patrimoine et de la culture des Métis pour la prestation de services de santé. En effet, la plupart des données statistiques, telles que les données de recensement, regroupent les Métis dans la catégorie générale des autochtones.

Les consultations entreprises dans le cadre de l'évaluation de besoins de santé de la collectivité de 2008-2009 offrent de nouveaux renseignements importants sur les questions et les préoccupations en matière de santé des collectivités métisses de la région du Sud-Est, ainsi que des recommandations soumises à l'office régional de la santé (ORS) sur les moyens de collaborer avec les collectivités en vue d'améliorer la santé et la prestation des services de santé.

Données statistiques

Selon le Recensement du Canada de 2006, 8 % des résidants de la région du Sud-Est ont déclaré qu'ils étaient d'origine Métis. Un peu plus de 75 % des Métis de la région vivent dans les districts Nord et Ouest.

La population métisse, tout comme la population autochtone générale, indique une croissance continue dans la région. Selon le Recensement du Canada de 1996, la population autochtone représentait 5 % de la population de la région, tandis qu'elle représentait 7 % de la population en 2001. En 1996, les Métis comptaient pour 83 % de la population autochtone, tandis qu'ils représentaient 86 % de la population autochtone en 2001.

La population d'origine autochtone de la région du Sud-Est est considérablement plus jeune que l'ensemble de la population de la région et de la province. En effet, l'âge médian était de 25 ans en 2006, comparativement

à 34 ans pour la population de la région et à 38 ans pour l'ensemble du Manitoba.

Près de 50 % des résidants de la région d'origine autochtone indiquent qu'ils parlent français et anglais, comparativement à 18 % de la population totale de la région et à 9 % de la population provinciale.

Les résidants autochtones de la région indiquent des taux d'achèvement des études secondaires semblables à ceux de la population de la région et de la province, mais ils indiquent des niveaux d'obtention de certificats d'apprentissage et de diplômes collégiaux plus élevés et des niveaux moins élevés d'achèvement des études universitaires.

Les niveaux de revenu de la population autochtone de la région correspondent aux moyennes provinciales et régionales. Les taux de chômage des Autochtones sont quelque peu supérieurs à ceux de la population de la région pour les hommes et les femmes, mais ils sont inférieurs aux taux provinciaux.

Niveaux de scolarité les plus élevés atteints par la population					
	Aucun diplôme	Diplôme d'études secondaires	Certificat d'apprentissage ou métier	Diplôme collégial	Diplôme universitaire
Population d'origine autochtone de la région du Sud-Est	26%	28%	18%	21%	9%
Population totale de la région du Sud-Est	37%	27%	10%	14%	12%
Population totale du Manitoba	29%	27%	10%	15%	19%

Consultations auprès des résidants métis

Les résidants métis qui ont participé aux consultations percevaient que leurs questions en matière de santé n'étaient pas spécifiques à leur origine métisse, mais qu'elles étaient semblables aux questions de la population en général. Au même moment, ils étaient intéressés à mieux comprendre si et comment leur origine pouvait avoir des incidences sur leur santé.

Les participants aux consultations ont indiqué la tendance croissante chez les résidants de la région d'identifier les antécédents métis en soulignant la fierté accrue à l'égard d'un patrimoine commun avec la collectivité francophone et la réduction de la tare sociale associée à une origine autochtone.

Les résidants métis sont généralement satisfaits de la qualité des services de santé, mais ils ont soulevé des préoccupations au sujet du manque d'information sur les services disponibles localement et dans la région. De nombreuses préoccupations visaient les problèmes d'accès aux soins de santé primaires.

Recommandations

Les résidants métis ont cerné quatre éléments principaux dont l'ORS devrait se préoccuper et qu'il devrait améliorer.

1. **Accroître l'accès aux services de santé primaires, en particulier au niveau local, et offrir les services de manière différente.**

Bon nombre de résidants croient que la notion d'avoir un médecin de famille qui les connaît bien, comprend leurs antécédents en matière de santé et les aide à prendre des décisions en matière de santé est devenue un idéal impossible à atteindre. De plus en plus, les résidants sont obligés de sortir de leur collectivité pour trouver des médecins prêts à les recevoir et, par conséquent, de conduire sur de longues distances pour le faire. Et lorsqu'ils recourent aux services des salles d'urgence des hôpitaux, ils ne se sentent pas tellement les bienvenus.

Les participants aux consultations ont mentionné que le manque d'accès aux médecins de premier recours représente plus qu'une incommodité; il est un obstacle à la santé. Étant donné les efforts exigés pour obtenir des rendez-vous avec des médecins souvent inconnus, bon nombre de gens reportent leur recherche d'aide pour régler leurs problèmes de santé, ce qui risque de faire progresser leurs maladies vers des niveaux plus graves, difficiles et coûteux à gérer. Il est moins probable que des consultations de suivi ordinaires pour des problèmes de santé chroniques courants, tels que l'hypertension et le diabète, aient lieu dans les délais prévus et que des possibilités de counseling préventif existent.

Les résidants croient que bon nombre de leurs problèmes de santé peuvent être gérés aussi bien ou mieux par des fournisseurs de soins autres que des médecins, soit des infirmières, des diététiciennes ou des physiothérapeutes. De plus, ils croient fermement que l'exigence de l'aiguillage d'un médecin afin d'avoir accès à d'autres fournisseurs de soins de santé présente un obstacle sérieux, qui se traduit par des délais et la nécessité d'une autonomie sociale.

Si nous avions une clinic avec une infirmière bilingue et qu'on savait qu'elle était ouverte disons le dernier jeudi de chaque mois de 15 h à 20 h, on saurait qu'on peut accéder à ça aussi. Là on aurait un rendez-vous auquel on pourait discuter des choses pour lesquels le docteur n'a pas de temps. Ou si encore on nous offrirait une session sur la santé; des sujets comme : À quel âge faut-il se soucier de telle affaire comme le cancer de la prostate chez les hommes ou autre chose chez les femmes? Chez les ados, que faut-il surveiller et à quel âge? Ou encore chez les enfants, regardent-ils trop de télévision?

Comme les centres de la petite enfance qui coordonne tout pour les 1 à 6 ans! Mais nous voudrions quelquechose du genre pour ce qui traite la santé. La coordination... on ne veut pas que vous réinventiez la roue mais simplement coordonner le tout.

Les résidants ont parlé de leur désir d'un « accès centralisé aux soins de santé », soit des sites communautaires où l'on offre de l'information sur la santé et une éducation sanitaire. De plus, lorsque des résidants exigent des services particuliers, ces derniers sont coordonnés, les renseignements sont intégrés dans un seul dossier et les activités de suivi se concentrent sur la personne au lieu d'être dispersées pour traiter des problèmes séparés. Les résidants considèrent que les modifications apportées améliorent non seulement leurs soins de santé, mais qu'elles leur permettent aussi de mieux contrôler leurs décisions et leurs actions en matière de santé.

2. **Renforcer au sein de l'ORS la connaissance et la prise de conscience de l'identité autochtone et métisse, ainsi que de l'état de santé et des ressources qui sont disponibles pour améliorer la santé des Autochtones et des Métis.**
   Les membres de la collectivité et les fournisseurs de services qui ont participé aux consultations croient qu'il est de plus en plus nécessaire que l'ORS reconnaisse les résidants d'origine autochtone et élabore des stratégies en vue d'accroître la connaissance et la compréhension du personnel et des membres de la collectivité au sujet des questions de santé des Autochtones et des incidences des influences culturelles sur les familles et la santé.
3. **Améliorer l'information sur les services de l'ORS, en particulier ceux qui visent les questions de santé mentale.**
   Les résidants croient fermement qu'il est nécessaire d'informer davantage et de mieux informer la population des services de l'ORS et des moyens d'y avoir accès. Ils croient que si les membres de la collectivité sont mieux informés des services, ils seront plus en mesure de prendre des décisions en matière de santé et d'assumer une responsabilité individuelle pour leur santé. Ils ont aussi indiqué que la transmission d'information aux autres fournisseurs de services était très importante, en particulier aux fournisseurs qui peuvent être les

On a besoin d'un endroit où on peut avoir accès à toutes les ressources par le biais d'un seul coordonnateur ou deux, quelqu'un qui proposerait un numéro de téléphone et faciliterait la navigation **[dans le système]***... afin d'être en mesure de le faire soi-même sans exiger de consulter un médecin.*

Ça doit être une nouveauté parce que je suis avec la division scolaire XXX et à l'automne en 2006 on a eu un recyclage divisionnaire (chauffeurs d'autobus, secrétariat et administration) au Aboriginal Education Centre. Je trouvais ça ironique. On identifiait qui était Métis... et je dirais que plus d'un tiers des employés l'était. C'était la première fois qu'on misait sur ce fait.

Pour notre programme, il existe des réunions provinciales... Il arrive parfois que ces conférences comprennent un élément d'éducation sur les Autochtones, mais je crois que ce n'est pas facile. Où peut-on envoyer tout un groupe ou même toute l'équipe [de prestation de soins], les gens en charge de la santé publique ou des visites à domicile, ou le personnel infirmier, pour des séances d'éducation? Comment peut-on les éduquer [pour qu'ils comprennent mieux] les besoins des Autochtones?

Je crois qu'une grande partie de l'infrastructure **[des soins]** *existe présentement. Elle fonctionne et elle fonctionne bien. La question est la capacité* **[des fournisseurs de soins]** *de vendre leur produit. Il faut aller dans la collectivité et informer les gens. Ces derniers doivent savoir ce qui est disponible, où et quand les services peuvent être offerts. La plupart du temps, un simple appel téléphonique suffirait... Il y a donc un certain aspect de marketing.*

Je ne savais pas qu'on pouvait avoir accès à des services de santé mentale dans **[ma collectivité]**. *Je supposais simplement que si je voulais des services de counseling, je devais me rendre en ville... Si cette information pouvait être disponible... Je ne sais même pas quel est le niveau d'accessibilité de ces services.*

Je crois que l'essentiel est la prévention. Il ne faut pas attendre qu'il arrive quelque chose. Si le médecin de famille sait qu'il y a des antécédents familiaux de maladie cardiaque, il faut partir de là pour éduquer les enfants. Le médecin traite les parents, mais il doit aussi parler de prévention aux enfants.

Il pourrait y avoir de la prévention en santé mentale. **[Il faudrait]** *se rendre dans les écoles, faire des présentations et en discuter.*

premiers points de contact avec les membres de la collectivité, tels que les enseignants et les médecins.

En particulier, les participants aux consultations ont exprimé le besoin d'une meilleure prise de conscience des services de santé mentale existants et des moyens d'y avoir accès. Ils ont aussi demandé plus de services de nature préventive, y compris des services d'éducation dans la collectivité et de counseling précoce. Les participants ont mentionné souvent le désir d'obtenir de l'aide pour traiter de manière préventive les problèmes de santé mentale pendant l'adolescence, tant pour les parents que pour les jeunes eux-mêmes.

4. **Mettre l'accent sur le mieux-être et la prevention**

Bien que les résidants métis soient enthousiastes à l'idée de promouvoir l'offre locale de services médicaux, ils reconnaissent que cela ne peut aborder que les préoccupations immédiates en matière de santé. Ils croient également qu'en se concentrant de manière continue sur les médecins et les hôpitaux à titre de carrefour des soins de santé, on favorise la notion selon laquelle on ne devrait obtenir des services de santé que si l'on est malade.

Les participants ont préconisé fortement un investissement accru dans la santé future de leurs collectivités en mettant l'accent sur le mieux-être, et non seulement la maladie, et sur les services de santé préventifs.

Les participants considèrent que le maintien du mieux-être et la prévention des maladies sont des éléments décisifs pour tous les groupes d'âge. Tous les groupes de consultation ont été témoins de longues discussions sur l'importance de la collaboration avec les familles, les enfants et les jeunes afin de prévenir les problèmes futurs, en particulier dans le domaine de la santé mentale. Pour les adultes, les participants ont souvent fait référence à une intervention précoce pour traiter les problèmes de santé mentale et à un intérêt important à l'égard de la vie saine, de la modification du mode de vie et de la prévention des maladies chroniques.

2. Adultes âgés de 55 ans et plus

La région du Sud-Est est témoin d'une augmentation importante et constante de la population des adultes âgés, qui comprend non seulement les personnes âgées de 65 ans et plus, traditionnellement nommées des « aînés », mais aussi les résidants âgés de 55 à 64 ans. Et dans les coulisses, on observe une population accrue de personnes âgées de 40 à 54 ans. Dans la région, la population adulte s'accroît plus rapidement que dans les autres régions du Manitoba.

La prestation des soins de santé aux adultes âgés cherche à prévenir la maladie et à gérer les maladies chroniques en permettant aux personnes de demeurer en santé et autonomes dans la collectivité le plus longtemps possible. Il faut donc avoir recours à l'éventail complet des services de santé primaires : promotion de la santé, prévention de la maladie, diagnostic et traitement, réadaptation et soutien.

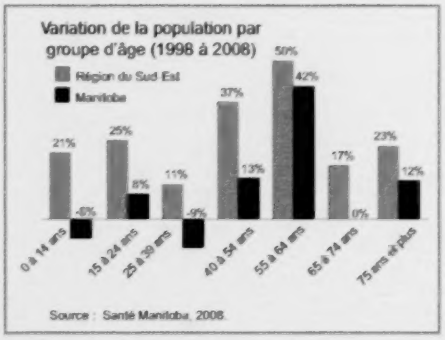
C'est pourquoi, pour les adultes âgés, les services de santé primaires jouent un rôle vital dans l'obtention et la conservation d'un état de santé et d'une qualité de vie au niveau le plus élevé possible. La planification d'une prestation optimale des services de santé primaires représente le besoin le plus immédiat du système de santé si on recherche les meilleurs résultats possibles pour la santé des adultes âgés.

La région du Sud-Est est témoin d'une augmentation importante et constante de la population des adultes âgés.

Données statistiques

Données démographiques

Dans la région du Sud-Est, la tendance indique une augmentation importante et constante de la population des résidants âgés de 55 ans et plus et cette dernière devrait se maintenir au cours de la prochaine décennie. La croissance démographique du groupe des personnes âgées de 55 à 74 ans et de celui des personnes âgées de 75 ans et plus est spectaculairement plus élevée que les moyennes manitobaines. Le groupe dont la croissance est la plus marquée, soit les personnes âgées de 55 à 64 ans, représente près de la moitié des adultes âgés ou plus de 9 % de la population totale de la région.



Dans le cadre d'une étude des projections démographiques provinciales pour les années 2006 à 2036, le Bureau des statistiques du Manitoba prévoit qu'au cours de cette période de trente ans, la région du Sud-Est connaîtra une augmentation d'au moins 50 % du nombre de personnes âgées de 55 à 64 ans, tandis que le groupe des personnes âgées de 65 à 74 ans s'accroîtra selon un facteur de 1,5 et que celui des personnes âgées de 75 ans et plus doublera.

La distribution de la population varie selon les districts : les adultes âgés de 55 ans et plus représentent près du tiers des résidants du district Sud, tandis qu'ils représentent entre 18 % et 19 % de la population dans les trois autres districts.

Niveau de vie

La grande majorité des adultes âgés de la région du Sud-Est vit de manière autonome dans la collectivité. Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, près de 7 % exigent des soins en établissement dans un foyer de soins personnels, un logement supervisé ou un logement avec assistance. Environ 25 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivent dans des logements locatifs pour personnes âgées dans un milieu protégé qui peuvent offrir des services de soutien, tels que la capacité d'obtenir des services de nettoyage ou de participer à des programmes de repas en commun. Plus des deux tiers des personnes âgées de 65 ans et plus vivent dans leur propre résidence.

Dans la région du Sud-Est, 27 % des résidants âgés de 65 ans et plus vivent seuls, soit moins que la moyenne manitobaine de 33 %. Le pourcentage est distribué inégalement dans la région : 20 % de ces résidants vivent seuls dans le district Nord, tandis que 35 % d'entre eux vivent seuls dans le district Sud.

Seulement 3 % des résidants de la région âgés de 65 ans et plus correspondent à la définition d'une personne à faible revenu de Statistique Canada, comparativement à 16 % pour l'ensemble de la province. Toutefois, la proportion des résidants de la région du

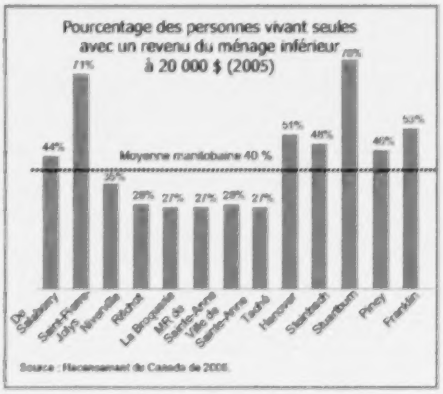
Sud-Est qui déclarent un revenu des ménages de moins de 20 000 $ dépasse la moyenne provinciale de 40 % dans sept municipalités et se chiffre à plus de 70 % à Saint-Pierre-Jolys et Stuartburn.

Les niveaux d'éducation des adultes de la région du Sud-Est âgés de 55 ans et plus se comparent à ceux des autres résidants des régions rurales du Manitoba, mais ils sont considérablement plus faibles que les niveaux d'éducation des adultes âgés de 20 à 54 ans. Le pourcentage des adultes de la région qui ne sont pas titulaires d'un diplôme d'études secondaires est de 56 % pour les personnes âgées de 55 à 64 ans et de 75 % pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

De faibles niveaux d'éducation et de littératie ont des incidences sur l'accès de la population âgée aux soins de santé, sur la gestion des soins par les personnes âgées et sur la capacité décisionnelle de celles-ci en matière de soins de santé. Bon nombre de personnes qui ont des capacités de lecture et d'écriture limitées ne savent pas où se rendre pour obtenir les services de santé dont ils ont besoin. Le manque d'information, la peur de l'embarras, une faible confiance en soi et des ressources limitées se traduisent souvent par le fait que les personnes ayant une faible littératie négligent les soins préventifs, ne s'affirment pas et attendent avant d'obtenir des soins médicaux jusqu'à ce qu'un problème de santé devienne critique.

Les personnes qui ont des difficultés à comprendre des documents complexes ne comprennent pas les instructions indiquées sur les étiquettes des médicaments et font des erreurs dans la consommation de médicaments en vente libre et sur ordonnance. Elles peuvent également ne pas suivre les directives médicales parce qu'elles ne peuvent pas lire les instructions écrites ou parce que les instructions parlées sont transmises de telle façon qu'elles sont trop difficiles à comprendre. De plus, de faibles niveaux d'éducation et de littératie peuvent réduire la capacité de comprendre les risques associés

La grande majorité des adultes âgés de la région du Sud-Est vit de manière autonome dans la collectivité.



Seulement 15 % des personnes âgées de 65 à 74 ans et 21 % des personnes âgées de 75 à 84 ans sont hospitalisées au cours d'une année donnée.

aux procédures médicales, tandis que les formulaires de consentement écrit, qui utilisent un langage technique, peuvent ne pas satisfaire aux exigences d'un consentement éclairé.

Services de santé

Les adultes âgés sont d'importants utilisateurs de services de santé à titre de groupe, mais c'est une minorité de personnes âgées de 65 ans et plus dont la santé est mauvaise qui utilise les services de santé les plus intensifs. La majorité des personnes âgées est en bonne santé et vit de manière autonome dans la collectivité en bénéficiant de divers niveaux de soutien.

Seulement 15 % des personnes âgées de 65 à 74 ans et 21 % des personnes âgées de 75 à 84 ans sont hospitalisées au cours d'une année donnée. Même chez les personnes âgées de 85 ans et plus, le pourcentage d'hospitalisation au cours d'une année n'est que de 33 %. Une étude manitobaine indique que seulement 5 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont eu recours à 80 % des journées d'hospitalisation utilisées par ce groupe d'âge. Parallèlement, les personnes âgées qui ont recours aux services de soins à domicile correspondent à un peu moins de 10 % des personnes âgées de 65 à 74 ans et à un peu plus du tiers des personnes âgées de 85 ans et plus. Les aînés qui vivent dans des foyers de soins personnels correspondent à 1 % des personnes âgées de 65 à 74 ans et à un peu moins du tiers des personnes âgées de 85 ans et plus.

Le recours aux services des médecins de famille s'accroît de manière marquée avec l'âge et cela contribue à la tendance régionale de l'accroissement de l'utilisation des services médicaux. Dans le groupe des adultes âgés, les personnes en santé comptabilisent la vaste majorité des services de santé utilisés. En d'autres mots, les personnes âgées de 55 ans et plus ont généralement recours aux services médicaux pour la préservation de la santé et la prévention des maladies graves.

De façon générale, des services comme les soins à domicile, les services communautaires de santé mentale

et les services aux aînés deviennent de plus en plus importants avec le vieillissement de la population. En effet, 80 % des clients de services de soins à domicile sont des personnes âgées de 65 ans et plus et les deux tiers sont des personnes âgées de 75 ans et plus. Dans la région, le recours aux services de soins à domicile s'accroît de façon constante. Le nombre moyen de cas mensuels s'est accru de 49 % entre 1997-1998 et 2007-2008.

Les services communautaires de santé mentale de la région du Sud-Est comprennent une composante spécialisée, les services de santé mentale pour les adultes âgés, dans le cadre desquels des travailleurs en santé mentale collaborent avec un gériatre-conseil pour aider les résidants âgés de 65 ans et plus qui vivent avec des problèmes de santé mentale ou sont atteints de démence. La demande de services de santé mentale s'est accrue constamment au cours des dernières années. Entre 2004-2005 et 2007-2008, le nombre moyen de cas des services de santé mentale pour les adultes âgés a triplé pour passer de 30 à 90 clients par mois.

La population croissante d'adultes âgés accroît également le besoin de services de santé primaires, en particulier dans le domaine de la prévention et de la gestion des maladies chroniques. L'incidence de nombreuses maladies importantes s'accroît de façon marquée avec l'âge. Par exemple, 75 % des cancers apparaissent chez les personnes âgées de plus de 60 ans. Étant donné que les aînés vivent plus longtemps que jamais auparavant et que la prévalence du cancer et d'autres maladies chroniques augmente, le nombre de personnes qui vivent avec de telles maladies s'accroît de façon constante.

Des éléments probants indiquent que les méthodes actuelles de dissémination de renseignements sur les prévention et la promotion de la santé chez les adultes âgés n'atteignent pas leur objectif. Par exemple, un peu plus de 50 % des résidants de la région du Sud-Est âgés de 65 ans et plus sont immunisés chaque

Un peu plus de 50 % des résidants de la région du Sud-Est âgés de 65 ans et plus sont immunisés chaque année contre la grippe.

J'essaie de parler à mon médecin, mais je dois attendre entre quatre et dix jours. Il a une très longue liste d'attente et parfois on ne peut pas attendre aussi longtemps.

On rencontre un médecin et soudainement, il n'est plus là! Qui peut-on consulter? Qui nous proposera-t-on pour le remplacer?

C'est l'anxiété associée à l'utilisation de leurs véhicules par les aînés ou au problème de trouver une autre personne pour les accompagner, en particulier pendant un hiver comme celui qu'on vit.

Je suis resté assis pendant de nombreuses heures et personne n'est venu me voir. Finalement, une jeune femme s'est approchée pour me dire : « Le médecin ne viendra pas au bureau aujourd'hui. Vous pouvez partir maintenant. »

La solitude et le sentiment d'inutilité grandissante sont très réels chez beaucoup de personnes.

La plupart du temps, ils disent simplement : « Pour plus d'information, visitez le site Web... ».

[Les adultes âgés] n'ont pas d'ordinateur. Je crois que [l'ORS] *a besoin d'être très conscient de ce fait. Je ne crois qu'il l'est.*

année contre la grippe, mais seulement 60 % ont reçu le vaccin antipneumococcique.

Consultations auprès des adultes âgés

Les consultations communautaires ont permis de cerner un certain nombre d'obstacles à la santé et aux soins de santé chez les adultes âgés qui correspondent à plusieurs thèmes exprimés de manière uniforme.

- Comme les autres membres de la collectivité, les adultes âgés considèrent que les services de santé primaires sont axés sur les soins médicaux primaires.
- Les adultes âgés sont généralement satisfaits des services de santé disponibles, mais ils ont des problèmes d'accès aux médecins de famille et de continuité connexe des soins médicaux.
- Les problèmes sont aggravés par la géographie, l'éloignement et les problèmes de transport.
- Les adultes âgés perçoivent fréquemment que les travailleurs de la santé manquent de compréhension, d'empathie et de considération dans leur traitement des clients âgés et de leurs familles.
- Les adultes âgés éprouvent des difficultés considérables à conserver leur autonomie tout en composant avec une santé déclinante qui, dans certains cas, est aggravée par des ressources financières limitées et avec l'isolement social, en particulier avec le passage du temps.
- Comme c'est le cas des autres groupes consultés, les adultes âgés demandent plus d'information sur les services offerts dans leur collectivité et un meilleur accès à ces services.

Recommandations

Les consultations se sont traduites par la soumission d'un certain nombre de recommandations à l'ORS sur les façons de collaborer avec les collectivités en vue d'améliorer la santé et l'expérience des soins de santé des adultes âgés. En voici un sommaire :

1. Anticiper les besoins croissants d'une population mûre.

Bien que les adultes âgés apprécient généralement

les services de santé offerts dans leurs collectivités, ils craignent, en raison du vieillissement accru et continu de la population, d'être particulièrement vulnérables aux difficultés du système de soins de santé, y compris les pénuries de travailleurs de la santé et un accès limité aux soins médicaux primaires. Les adultes âgés demandent à l'ORS de planifier en fonction des besoins croissants de leur groupe d'âge et d'investir davantage dans des ressources communautaires liées à la gestion de la maladie et au soutien des patients.

J'aime l'orientation adoptée en matière de vieillissement et le fait qu'on essaie de garder les gens dans la collectivité le plus possible. Une grande partie du financement de la santé est versée aux établissements. Ce sont les soins de haute gamme qui utilisent le plus les fonds alloués. Il serait préférable que plus de fonds soient alloués aux soins de première ligne et aux programmes de prévention.

2. **Reconnaître les besoins en transition.**
Les besoins des gens âgés s'accroissent avec l'âge et leur capacité de fonctionnement à la maison repose grandement sur l'aide offerte par les familles et la collectivité. Les adultes âgés mettent l'accent sur l'importance d'engager les personnes âgées et leurs familles à adopter diverses options avant que des services complets ne leur soient nécessaires. Ils considèrent aussi que les activités de promotion et de soutien de la responsabilité de la collectivité à l'égard de ses membres les plus âgés sont également importantes.

On vient de faire une activité "Bien vivre" chez-nous et ça s'est très bien passé. Il avait plein de monde qui avouait ne pas savoir lire les étiquettes. On a aussi eu des bons commentaires sur la session d'exercice.

3. **Rapprocher les services de santé de la collectivité.**
Les adultes âgés perçoivent que l'offre de services de base dans les collectivités locales est pratique et économique, tant pour le système de soins de santé que pour les résidants. Ils demandent avec insistance à l'ORS d'examiner des moyens innovateurs d'offrir localement des services de base, en ayant recours, entre autres, aux services mobiles et itinérants et à une utilisation accrue des outils technologiques.

L'ORS doit continuer de travailler avec le reste de la collectivité sur des questions telles que le logement et le transport. On pourrait établir des comités régionaux qui s'attaqueraient aux problèmes au lieu de passer du temps à simplement en discuter.

4. **Concentrer la planification et la prestation des services de santé sur le soutien de l'autonomie des adultes âgés.**
Les adultes âgés ont demandé à l'ORS un soutien et la défense de leurs intérêts en vue de les aider à vivre plus longtemps et à demeurer autonomes dans leurs propres collectivités. Ils veulent

Je crois que ce serait une bonne idée d'avoir un endroit où on pourrait se rencontrer chaque mois et s'entraider, parce que la consultation d'un médecin n'est pas toujours la réponse.

que l'ORS collabore avec d'autres intervenants communautaires pour traiter des questions importantes qui entourent le manque de logements et de moyens de transport pour les personnes âgées.

Le matériel de promotion de la santé est réellement limité pour les adultes âgés. Les services aux aînés ont étendu leur rôle en ayant recours aux services communautaires aux locataires pour accroître les activités de promotion de la santé, mais le matériel est très limité. À mon avis, l'ORS pourrait offrir plus de soutien dans ce domaine.

5. **Promouvoir et rehausser le mieux-être.**
   Les adultes âgés constatent la nécessité d'efforts accrus en vue de conserver leur santé et d'être fonctionnels le plus longtemps possible. Ils ont demandé à l'ORS de consacrer plus de ressources aux activités communautaires de promotion de la santé et de prévention de la maladie en vue d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et d'éviter ainsi d'avoir recours à des services de santé coûteux et de passer à des soins en établissement.

Assurez-vous de consulter des gens aimables, des gens qui aiment les personnes âgées. Je me souviens que mon père était très tendu parce que le travailleur de la santé s'est fâché contre lui.

6. **Éduquer et orienter le personnel des services de santé.**
   Les adultes âgés mentionnent avec émotion l'importance d'avoir accès à l'aide de personnes qui sont sensibles aux défis du vieillissement. Ils ont demandé à l'ORS de promouvoir et de faciliter chez les fournisseurs de services la prise de conscience des limites et des besoins des adultes âgés et la sensibilisation à ces limites et besoins.

7. **Poursuivre le dialogue.**
   Les adultes âgés ont encouragé l'ORS à poursuivre le dialogue avec eux et à les engager activement dans l'élaboration et la prestation des services de santé dans leurs collectivités, y compris l'offre d'un soutien mutuel aux personnes vivant avec des maladies chroniques et de moyens d'encourager et d'aider plus de résidants à participer aux activités existantes.

3. Jeunes âgés de 15 à 24 ans

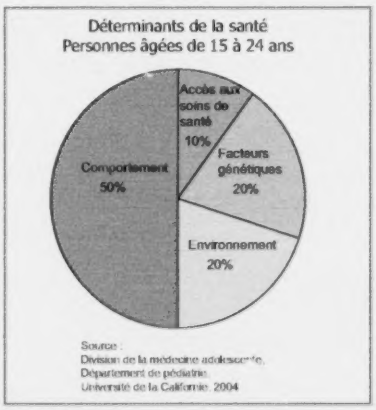
Les jeunes âgés de 15 à 24 ans constituent un segment important et croissant de la population de la région du Sud-Est. Les membres de ce groupe d'âge franchissent une importante étape de développement. Avec le temps, les années de transition de l'adolescence à l'âge adulte sont devenues de plus en plus complexes.

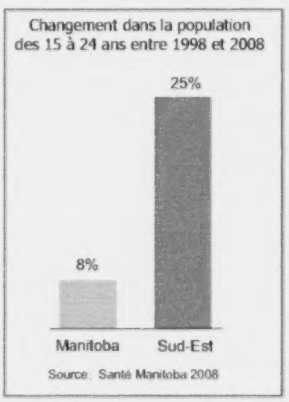
Pour les jeunes d'aujourd'hui, la synchronisation et le jalonnement traditionnels des événements qui marquent l'âge adulte sont moins prévisibles et souvent prolongés ou désordonnés. L'évolution spectaculaire du marché du travail, qui exige une éducation et des compétences accrues, retarde la capacité des jeunes d'atteindre l'autonomie économique et individuelle. Encore plus important peut-être, l'environnement social en évolution se traduit par l'accroissement de la liberté personnelle et des expériences en matière de rôles et de comportements. Les questions et les défis auxquels font face les jeunes d'aujourd'hui sont très différents de ceux de la génération de leurs parents et ont un potentiel plus important d'influer sur la santé en produisant des résultats négatifs à court et à long terme.

Dans ce groupe d'âge, les comportements en matière de santé représentent 50 % de l'état de santé d'une personne. Les facteurs génétiques et environnementaux, y compris le niveau de vie, contribuent tous deux 20 % à l'état de santé et l'accès aux services de santé traditionnels ne représente que 10 % de l'état de santé. Les problèmes de santé les plus coûteux, les plus sérieux et les plus répandus peuvent tous potentiellement être prévenus. De plus, les comportements nuisibles pour la santé adoptés pendant les années de jeunesse jettent les bases de nombreuses maladies chroniques qui causent des maladies et des décès à l'âge adulte.

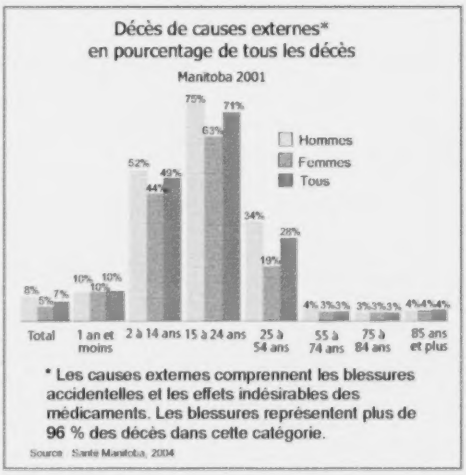
Le groupe d'âge des jeunes a bénéficié d'une attention relativement faible du système de santé. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont de faibles utilisateurs

Un investissement dans le bien-être présent et futur des jeunes est critique pour la santé de la collectivité de la région.





Participation au marché du travail Population âgée de 15 à 24 ans			
		Manitoba	Région du Sud-Est
Hommes	Taux de participation	68%	74%
	Taux de chômage	11%	4%
Femmes	Taux de participation	66%	69%
	Taux de chômage	12%	7%



des services de santé destinés à la population en général. Peu de services visent particulièrement ce groupe d'âge et les services offerts tendent à se concentrer sur les problèmes, au lieu de viser la promotion de comportements et de modes de vie sains.

Un investissement dans le bien-être présent et futur des jeunes est critique pour la santé de la collectivité de la région.

Données statistiques

Données démographiques

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans constituent un segment important et croissant de la population de la région du Sud-Est (15 %). Ce groupe d'âge compte aujourd'hui plus de 10 000 personnes et il s'accroît à un taux trois fois supérieur au taux provincial. Les jeunes représentent un groupe démographique distinct qui compose avec des questions de santé et des besoins en soins de santé uniques.

Dans la région du Sud-Est, le groupe d'âge des jeunes a connu une croissance de 25 % entre 1998 et 2008. On prévoit qu'il connaîtra une croissance additionnelle de 26 % jusqu'en 2015, soit plus du double de la croissance provinciale prévue de 12 %.

Le niveau de scolarité des jeunes de la région âgés de 15 à 24 ans est inférieur à la moyenne provinciale, tandis que le taux de participation au marché du travail est supérieur à la moyenne manitobaine.

Bien que bon nombre de membres de ce groupe d'âge soient toujours aux études, les comparaisons indiquent que le pourcentage des jeunes âgés de 15 à 24 ans de la région du Sud-Est qui ne sont pas titulaires d'un certificat d'achèvement d'un programme d'études secondaires (52 %) est plus élevé que la moyenne manitobaine (48 %). Les résidants de la région âgés de 15 à 24 ans sont également moins susceptibles d'avoir acquis des compétences postsecondaires, en particulier au niveau collégial ou universitaire. En effet, 33 % des jeunes ne sont titulaires que d'un certificat d'achèvement d'un programme d'études secondaires,

comparativement à 36 % pour le Manitoba et 41 % pour Winnipeg.

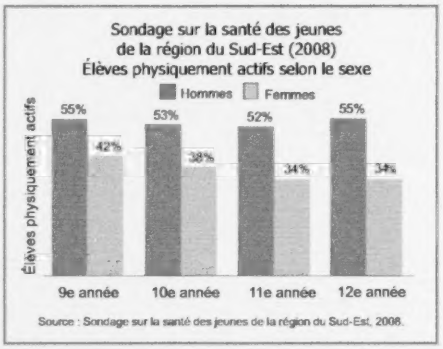
État de santé

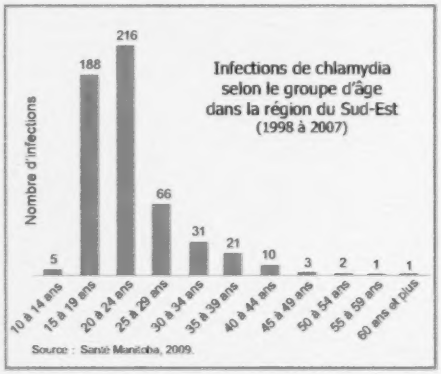
Les blessures accidentelles, provenant principalement des accidents de la route, représentent la cause principale des décès chez les personnes âgées de 15 à 24 ans. Un fort pourcentage d'accidents est lié à l'alcool. En 2001, les accidents avec blessures ont été responsables de 71 % des décès au Manitoba dans le groupe d'âge des jeunes. Ils représentaient environ 16 % des hospitalisations chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans et 9 % des hospitalisations chez les jeunes âgés de 20 à 24 ans. Le taux d'accidents avec blessures est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Les conducteurs adolescents (15 à 19 ans) affichent le taux d'accidents mortels le plus élevé de tous les groupes de conducteurs. Le risque de décès des passagers des véhicules conduits par des adolescents est plus élevé que pour les véhicules conduits par des adultes, en particulier lorsqu'il y a deux passagers et plus et que ces derniers sont également des adolescents.

Au Manitoba, comme ailleurs, l'alcool continue d'être un des facteurs les plus importants des accidents de la route les plus graves. Dans la province, l'alcool est un facteur qui contribue à 37 % des accidents mortels où on peut déterminer la présence ou l'absence d'alcool et il est le facteur le plus fréquent des décès des personnes âgées de 20 à 25 ans.

Le suicide est la deuxième cause principale des décès dans le groupe d'âge des jeunes. Entre 1997 et 2001, pour l'ensemble des groupes d'âge, les hommes se sont suicidés annuellement plus de trois fois plus souvent (2,0 suicides par tranche de 10 000 personnes) que les femmes (0,6 suicide par tranche de 10 000 personnes). Lorsqu'on a tenu compte des facteurs de risque connus, les facteurs clé de prévision des suicides étaient les suivants : être





du sexe masculin, avoir reçu un diagnostic de maladie mentale au cours de l'année antérieure, être jeune et avoir une mauvaise santé.

Entre 1997 et 2001, pour tous les groupes d'âge, le Manitoba a connu 4 160 tentatives de suicide qui ne se sont pas traduites par un décès (832 par année). Les femmes ont tenté de se suicider deux fois plus souvent que les hommes (10,4 tentatives au lieu de 5,7 par tranche de 10 000 personnes et par année). Pour les deux sexes, les taux les plus élevés se trouvent chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans.

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont plus susceptibles d'indiquer qu'ils souffrent de maladies mentales que tout autre groupe d'âge. La moitié des troubles mentaux permanents apparaît vers l'âge de 14 ans et les trois quarts vers l'âge de 24 ans. Dans les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les troubles mentaux les plus courants sont l'anxiété, la dépression et l'abus d'alcool ou d'autres drogues. Les jeunes sont moins susceptibles que les adultes de rechercher une aide professionnelle pour des problèmes de santé mentale.

Divers troubles mentaux coexistent souvent dans la même personne. On a évalué que parmi les enfants et les adolescents qui souffrent d'un trouble mental, plus des deux tiers (68 %) souffrent de deux troubles mentaux ou plus. Parallèlement, une étude récente du comportement d'adolescents souffrant d'un trouble d'abus d'alcool ou d'autres drogues indique que plus des trois quarts (76 %) de ces derniers souffraient en même temps de troubles d'anxiété, d'humeur ou de comportement.

Comportements en matière de santé

Les comportements liés à la santé comprennent l'usage du tabac, la consommation d'alcool et d'autres drogues, l'activité physique, les habitudes alimentaires et le contrôle du poids, et l'activité sexuelle.

Le sondage sur la santé des jeunes mené dans la région du Sud-Est en 2008 auprès des élèves de la 9e à la 12e année indique que 22 % des élèves de sexe masculin et 17 % des élèves de sexe féminin faisaient

usage du tabac. Le taux de tabagisme s'accroît avec l'année d'études : 32 % des élèves de la 12e année font présentement usage du tabac. De plus, 15 % des tous les élèves interrogés indiquent qu'ils ont fait usage de drogues illégales au cours des 30 derniers jours. Le taux est de 19 % chez les élèves de la 12e année. En ce qui a trait à l'activité physique, 21 % des élèves sont physiquement inactifs et les taux d'inactivité sont beaucoup plus élevés chez les élèves de sexe féminin que chez ceux du sexe masculin. Vingt pour cent des élèves de sexe masculin et 14 % des élèves de sexe féminin font de l'embonpoint et seulement 12 % des élèves peuvent être considérés comme ayant une alimentation saine.

La santé de la reproduction et les grossesses précoces demeurent des préoccupations. Le pourcentage des jeunes de la région du Sud-Est âgés de 15 à 19 ans qui ont eu des rapports sexuels correspond à la moyenne manitobaine de 40 %. L'âge moyen des premiers rapports sexuels est de 16 ans.

Si on compare deux périodes de cinq ans, de 1996-1997 à 2000-2001 et de 2001-2002 à 2005-2006, le taux de grossesse chez les adolescentes du Manitoba âgées de 15 à 19 ans a chuté de 46 à 36 grossesses par 1 000 adolescentes. Le taux a également chuté dans la région du Sud-Est, qui a affiché le taux le plus faible de la province au cours des deux périodes, soit 28 et 26 grossesses par 1 000 adolescentes, respectivement.

Néanmoins, les grossesses précoces demeurent une préoccupation dans la région. À titre de groupe, les adolescentes affichent des taux de complications beaucoup plus élevés que la moyenne pendant la grossesse et l'accouchement. Les grossesses précoces ont également des incidences à long terme sur la santé. L'abandon des études expose les mères adolescentes et leurs enfants aux risques associés à un faible revenu, à une mauvaise alimentation, à la dépression et au stress émotionnel permanent. La solitude et la dépendance financière peuvent rendre

Comme dans toute la province, le taux des grossesses précoces a chuté dans le Sud-Est dans les deux dernières périodes de cinq ans, soient de 1996-1997 à 2000-2001 et de 2000-2001 à 2005-2006. Le Sud-Est affiche le taux le plus faible de la province au cours des deux périodes, soit 28 et 26 grossesses par 1 000 adolescentes, respectivement.

les mères adolescentes vulnérables à une participation à des relations malsaines qui peuvent, par exemple, se traduire par de la violence familiale. Les enfants nés de mères adolescentes sont plus vulnérables à la négligence et aux mauvais traitements, ainsi qu'à des résultats indésirables sur les plans social et affectif et de l'apprentissage en raison de compétences parentales inadéquates.

Bien que le taux des infections transmises sexuellement soit faible dans la région du Sud-Est, ces infections sont très concentrées dans le groupe des jeunes âgés de 15 à 24 ans. Les jeunes qui vivent dans les milieux urbains et dans les collectivités avoisinantes de Winnipeg sont particulièrement à risque.

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont de très faibles utilisateurs des services de santé destinés à la population en général, y compris les services des médecins de famille. Par contre, en ce qui concerne le programme communautaire de santé mentale pour les enfants et les adolescents de la région, la demande courante de services est considérablement plus élevée que la capacité d'intervention du programme.

Consultations auprès des jeunes et des jeunes adultes

Les consultations communautaires ont permis de cerner un certain nombre de questions et d'obstacles liés à la santé et aux soins de santé chez les jeunes et les jeunes adultes de la région du Sud-Est.

Les questions générales et les obstacles signalés sont les suivants

- **Manque d'accès aux services médicaux de base**. Pour les jeunes et les jeunes adultes, les soins de santé de base sont les soins offerts par un médecin, une clinique sans rendez-vous et une salle d'urgence. Les jeunes et les jeunes adultes indiquent des problèmes importants d'accès aux soins médicaux, des préoccupations au sujet des longs temps d'attente pour les rendez-vous et le sentiment que les consultations sont trop rapides.

On dirait qu'il faut toujours se dépêcher. Et tu n'es jamais réellement sûr du diagnostic ou des conseils qu'on te donne. Parce qu'il y a tant de patients et si peu de médecins, on dirait qu'on cherche à voir rapidement tout le monde afin d'accorder un peu d'attention à chacun et chacune.

Ma femme faisait déjà une fausse-couche... [L'hôpital] *n'avait même pas prévu une consultation de suivi avec le médecin. Je m'attendais à un examen plus détaillé... Si la fausse-couche avait été diagnostiquée sans délai, elle n'aurait pas passé une semaine à saigner et à être perturbée.*

- **Manque d'accès à l'information sur la santé.** Les jeunes sont très intéressés à l'information sur la santé, mais ils veulent un accès rapide à des réponses aux questions qui les préoccupent immédiatement. Ils indiquent clairement que les moyens traditionnels de dissémination de l'information ne sont pas efficaces pour joindre leur groupe d'âge.
- **Santé mentale.** Les jeunes et les jeunes adultes considèrent que la santé mentale est une question très préoccupante pour bon nombre d'entre eux. Les consultations soulignent des déficiences et des défis dans les services, y compris des obstacles fondés sur les programmes, pour les jeunes qui ont besoin d'avoir accès à des services de santé mentale.
- **Attentes à l'égard des soins de santé.** Les jeunes sont préoccupés de leurs attentes à l'égard du système de santé et ils sentent que leurs attentes ne sont pas souvent comblées.
- **Obstacles pratiques aux services de santé.** Pour les jeunes et les jeunes adultes, les questions financières, les problèmes de transport et l'éloignement de certaines collectivités rurales constituent d'importants obstacles pratiques à la santé et aux soins de santé.

Je vais parfois chez mon médecin de famille, mais ça n'a pas tellement de sens d'attendre pendant deux mois avant un rendez-vous, on finit par oublier la question qu'on avait.

En cas de crise, tous les membres de la collectivité ont accès à la ligne d'écoute téléphonique. Toutefois le programme **[communautaire de santé mentale]** *ne peut procéder activement qu'à l'évaluation des jeunes âgés de 15 ans et plus. Ainsi, par exemple, si un jeune téléphone et dit qu'il aimerait consulter l'équipe de soins de santé mentale, il doit être âgé de 15 ans et plus. S'il est moins âgé, on lui dira de téléphoner à l'organisme McDonald Youth Services ou de se présenter à un hôpital. Rien n'est organisé pour les jeunes de moins de 15 ans, sauf s'ils sont aiguillés vers le programme communautaire de santé mentale, mais le processus n'est pas rapide.*

Nous desservons un territoire si vaste qui est parsemé de petites collectivités que l'isolement peut être important. Les jeunes qui y vivent sont ceux qui souffrent en silence. Ils n'ont pas de moyens de transport et ils ne savent pas ce qu'on leur offre.

Questions particulières et obstacles à la santé et aux soins de santé

Les jeunes et les jeunes adultes doivent également composer avec des questions et des obstacles importants en matière de santé qui soulignent les expériences uniques des jeunes au cours des importantes années de développement entre 15 et 24 ans.

- **Questions d'éducation sexuelle et de santé de la reproduction.** Les préoccupations à l'égard de la grossesse, de l'éducation sexuelle et de la santé de la reproduction constituent des questions relatives à la santé importantes pour les jeunes et les jeunes adultes, en particulier ceux du sexe

J'ai suivi un cours d'éducation sexuelle en 4e année. On nous a essentiellement expliqué à quoi ressemblait un garçon et à quoi ressemblait une fille — tout ça. Rien au sujet des condoms ou de la grossesse.

Lorsque j'ai animé les séances d'éducation sexuelle à l'école, j'ai soulevé la question des toxicomanies liées au jeu et à la pornographie et, pendant que je parlais, j'ai observé un nombre étonnant de regards échangés pour dire 'Comment peut-elle savoir?' De telles toxicomanies sont partout, alors pourquoi pas ici?

féminin. Il est donc absolument nécessaire de surmonter les obstacles à l'accès de l'information, aux traitements, aux conseils et au soutien.

- **Toxicomanies.** Les toxicomanies constituent un problème important et croissant chez les jeunes et les jeunes adultes de la région du Sud-Est. Les problèmes importants visent l'abus d'alcool ou d'autres drogues, mais la pornographie et la pratique des jeux vidéo sont des préoccupations émergentes. Les consultations ont mis en évidence un manque de ressources pour composer avec les toxicomanies chez les jeunes.
- **Confidentialité.** Le maintien de la confidentialité est un aspect vital de la prestation de services aux jeunes et aux jeunes adultes. Les consultations ont souligné l'importance de maintenir le caractère confidentiel des questions relatives à la santé des jeunes et de protéger la confidentialité de leurs renseignements personnels.
- **Faire la transition de l'enfance à l'âge adulte.** Les jeunes ont échangé leurs points de vue qui reflètent leur transition de l'enfance à l'âge adulte et ils croient généralement que leurs besoins en matière de santé sont distincts de ceux des autres. Les attitudes et les traits psychologiques conformes à la période de transition de la jeunesse et des jeunes adultes peuvent avoir des incidences importantes sur les modes de vie et les comportements favorables à la santé. La transition des systèmes axés sur l'enfant aux services de santé pour les adultes peut représenter un important obstacle à la santé, en particulier pour les jeunes qui ont déjà des problèmes importants.
- **Sans-abrisme.** Les consultations ont souligné le problème croissant du sans-abrisme chez les jeunes et les jeunes adultes dans la région du Sud-Est, qui est un problème généralement non reconnu. Le système de prestation des services de santé est mal équipé pour composer avec un tel problème.
- **Discrimination fondée sur l'âge.** Les jeunes perçoivent que leur jeunesse joue contre eux dans

Les gens qui cherchent de l'information doivent savoir que ce qu'ils font a un caractère confidentiel et je crois qu'un bon nombre de jeunes sont beaucoup plus nerveux à ce sujet que les gens plus âgés.

Une autre chose frustrante pour les jeunes est le fait que l'âge légal pour consentir à un traitement varie selon les lois. Dans le secteur des services à l'enfant et à la famille, l'âge légal pour consentir à un traitement est de 18 ans dans la plupart des cas, tandis que dans le secteur de la santé, l'âge légal est 16 ou de 14 ans. Cela crée beaucoup de confusion chez les gens.

J'ai des clients sans domicile fixe qui vont d'une résidence à une autre dans la collectivité parce qu'il n'y a réellement aucun endroit où ils pourraient aller... Mais ils veulent de l'aide et ils veulent parler de leur situation. Ils veulent de l'éducation. Ils méritent un lieu où ils peuvent dormir et un repas. Voilà un autre besoin important qui n'est pas comblé dans un secteur qui compte de nombreux jeunes sans domicile fixe.

Il faut quasiment être agressif avec eux avant qu'ils ne décident de vous examiner ou de vous traiter.

la façon dont ils sont traités par le système de prestation des soins de santé. Les fournisseurs de services observent également que les jeunes qui tentent d'avoir accès au système de santé font souvent face à des préjugés et à un risque de discrimination en matière de soins.

Recommandations

Les consultations se sont traduites par la soumission d'un certain nombre de recommandations à l'ORS sur les façons de collaborer avec les collectivités pour améliorer la santé et l'expérience des soins de santé des jeunes et des jeunes adultes. En voici un sommaire :

1. **Améliorer l'accès aux services de santé de base**
   Les jeunes et les jeunes adultes ont demandé un accès accru aux services de santé de base qu'ils recherchent le plus souvent, y compris les services des médecins de famille, des cliniques sans rendez-vous, des salles d'urgence et de santé mentale. Les participants aux consultations ont également demandé une concentration accrue sur les services de santé adaptés aux jeunes, en particulier dans le secteur de la promotion de la santé mentale et de la santé générale. De plus, des fournisseurs de services ont cerné des déficiences dans les services offerts aux familles, y compris les ressources pour les parents d'enfants qui ont dépassé la petite enfance et qui entrent dans les années d'adolescence.
2. **Offrir de l'information sur la santé en utilisant des moyens différents**
   Les jeunes ont demandé un meilleur accès à l'information sur la santé et à des conseils pour leur groupe d'âge et ils ont échangé une variété de stratégies potentielles, y compris une meilleure utilisation du téléphone et d'Internet.
3. **Reconnaître les besoins des jeunes pendant la transition**
   Les besoins en matière de santé des jeunes varient considérablement pendant leur transition vers l'âge adulte, au moment où ils établissent leur autonomie et prennent des décisions capitales en matière

Les besoins en matière de santé des jeunes varient considérablement pendant leur transition vers l'âge adulte, au moment où ils établissent leur autonomie et prennent des décisions capitales en matière de mode de vie.

La petite enfance est une période clé pour la croissance et le développement.

de mode de vie. Les jeunes et les jeunes adultes souhaitent que les défis qu'ils doivent relever soient mieux compris et qu'ils aient du soutien. Les jeunes immigrants et les jeunes qui n'ont pas un mode de vie normal se sentent particulièrement vulnérables au manque de mécanismes de soutien communautaire.

4. **Examiner des options de prestation des services qui sont adaptées aux jeunes adultes**
   Les jeunes perçoivent le besoin de services de santé plus réceptifs à leur groupe d'âge et ils offrent des suggestions en vue d'en améliorer l'accès et l'efficacité. Les fournisseurs de services préconisent fortement des services axés sur les jeunes et les jeunes adultes, en particulier des services cliniques qui ciblent les adolescents. Bon nombre de jeunes indiquent également le besoin de services qui ciblent en particulier les jeunes immigrants et les jeunes qui n'ont pas un mode de vie normal.
5. **Élaborer une approche communautaire**
   Les fournisseurs de services croient fermement que l'ORS devrait adopter une approche communautaire à la prestation de services aux jeunes et aux jeunes adultes et établir des partenariats de travail avec d'autres services et organismes.

4. Enfants âgés de 6 ans ou moins

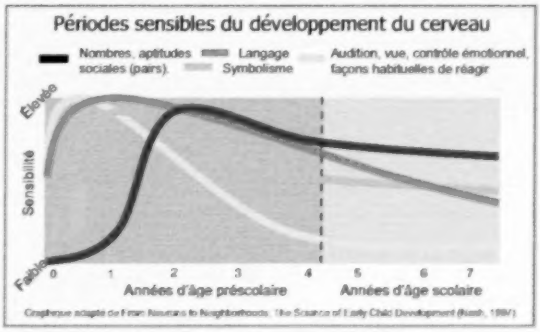
La petite enfance est une période clé pour la croissance et le développement. Les premières années de vie, de la conception jusqu'à l'âge de six ans, sont témoins de périodes critiques pour le développement du cerveau qui fondent l'apprentissage, le comportement et la santé d'une personne pour le reste de sa vie. Les enfants se développent en interaction avec leur environnement et les gens qui les entourent : parents, frères et soeurs, grands-parents, fournisseurs de services de garde, amis, voisins et autres. Les collectivités positives qui sont sécuritaires et proposent un accès à des programmes et des services axés sur les familles ayant de jeunes enfants font une contribution importante au développement des enfants en santé.

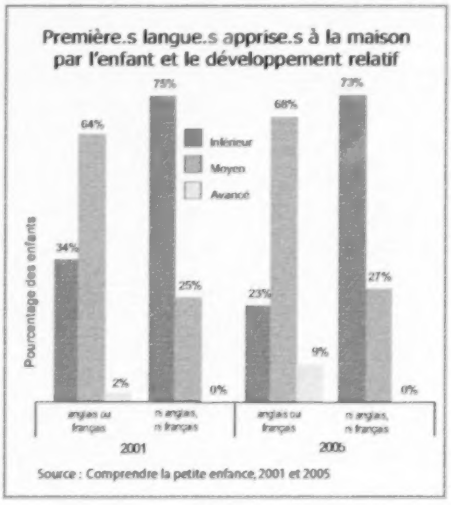
Le développement initial du cerveau est rapide, spectaculaire et interactif. Le cerveau d'un nouveau-né contient des milliards de cellules nerveuses spécialisées, appelées « neurones », qui sont prêtes à établir des quadrillions de connexions afin de fonctionner efficacement. Les zones du cerveau qui sont stimulées et alimentées en information à maintes reprises au cours des premières années de vie deviennent des éléments permanents du cerveau. Des connexions fonctionnelles complexes se développent entre les neurones. Toutefois, les zones qui ne sont pas souvent utilisées sont éliminées et ne seront pas restaurées et d'autres connexions entre les neurones sont émondées. On dit parfois que de tel processus correspondent au « modelage » du cerveau.

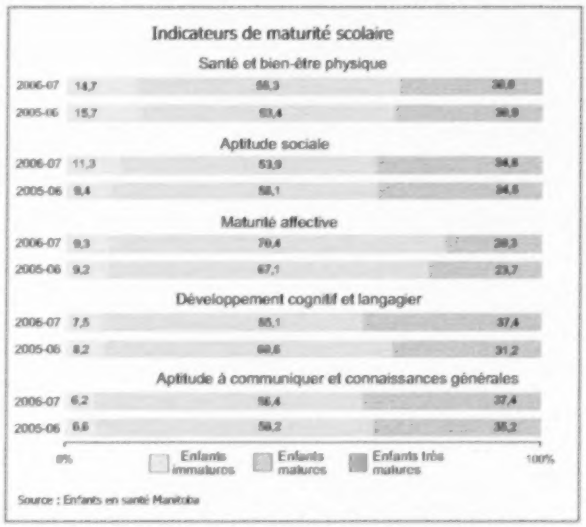
Le développement du cerveau compte des « périodes sensibles » préprogrammées pendant lesquelles des zones particulières du cerveau « s'allument » et deviennent prêtes à recevoir des stimulus environnementaux. Pendant ces périodes sensibles, les connexions entre les neurones sont modelées pour produire des capacités et des habiletés particulières : habiletés intellectuelles (langage et apprentissage) et sociales, capacités sensorielles, musculaires et émotives, et caractéristiques comportementales. La qualité des premières expériences influe également sur la capacité du cerveau de réfléchir et de réguler les fonctions de l'organisme.

Les premières années de vie, de la conception jusqu'à l'âge de six ans, jettent les bases de la santé et du bien-être à long terme. Des enfants en santé sont le fondement d'une société en santé. Le développement des jeunes enfants, la croissance économique et la prospérité sont fortement liés.

Un accès local à l'information sur le développement des jeunes enfants aide les collectivités à observer comment évoluent les jeunes enfants et à évaluer leur propre réussite dans le soutien aux enfants et à leurs familles pendant les premières années critiques de vie. Dans la région du Sud-Est, le projet de recherche







Enfants immatures – dernier 10 %
Dans une distribution normale on s'attendrait à voir 10 % ou moins (idéalement aucun) des enfants dans cette tranche. D'ensemble, le Sud-Est avait un petit nombre d'enfants immatures à l'âge scolaire. Toutefois, en santé et bien-être physique et aptitude sociale on voyait un pourcentage plus élevé (supérieur à 10 %) d'enfants immatures.

Enfants très matures – premier 10 %
On s'attendrait à voir au moins 30 % d'enfants dans cette tranche (idéalement plus). Dans la majorité des domaines, sauf la maturité affective, le Sud-Est voit plus de 30 % d'enfants très matures.

Comprendre la petite enfance a fourni localement de l'information aux familles, aux collectivités, aux fournisseurs de services et à l'ORS afin d'orienter et de renforcer l'apprentissage, l'échange d'information et les activités entreprises au nom des enfants de la région.

Entre 2001 et la fin de 2007, la région du Sud-Est a été une des 33 collectivités canadiennes qui ont participé à un projet démographique unique qui visait la petite enfance. Le projet avait deux volets principaux : un questionnaire pour les écoles et un questionnaire communautaire.

Le projet *Comprendre la petite enfance* a démontré comment la recherche locale peut s'appliquer au niveau communautaire pour motiver le changement. Au cours de la période de sept ans du projet, plus de mille familles, cinq divisions scolaires et 250 fournisseurs de services ont participé à la compréhension de l'évolution des enfants au cours de leurs six premières années de vie. Le projet a également suscité un éventail de partenariats, de réseaux et d'outils qui ont été maintenus depuis la fin du projet en 2007.

La population étudiée comprenait les élèves de la maternelle vivant dans la région du Sud-Est. La taille de l'échantillon est passée de 365 sujets en 2001 à 795 sujets en 2005 grâce à la participation d'une division scolaire additionnelle. La collecte de données effectuée en 2005 visait toutes les divisions scolaires de la région du Sud-Est.

La proportion garçons-filles n'a pas varié au cours de la période du projet : les garçons ont représenté 51 % de l'échantillon.

Résultats de recherche

Dans l'ensemble, on évalue que les enfants de la région du Sud-Est affichent une excellente ou très bonne santé physique. Les données fournissent des preuves de différences entre les sexes :

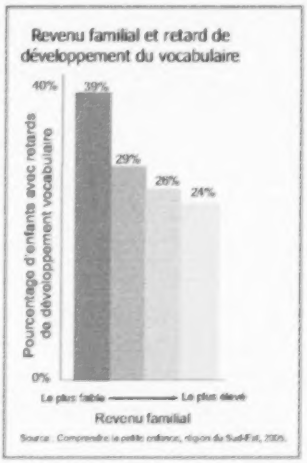
- Les garçons sont deux fois plus susceptibles que les filles de présenter des comportements agressifs et hyperactifs.
- Les filles ont une cote plus élevée que les garçons dans la réceptivité à l'apprentissage scolaire.

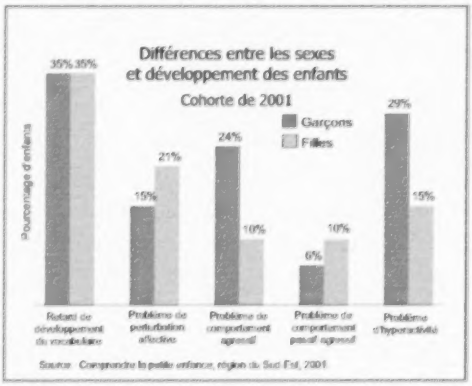
- Les filles ont une cote plus élevée que les garçons dans la présence de problèmes émotifs et la présentation de comportements passifs-agressifs.
- On n'observe aucune différence entre les sexes dans le domaine du développement du vocabulaire.

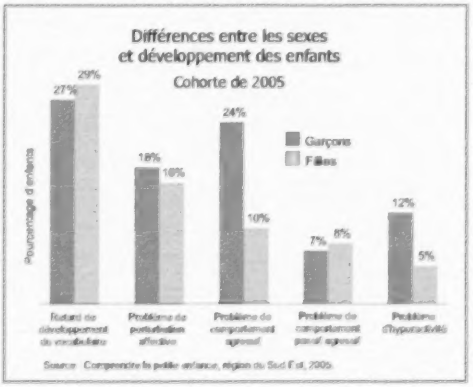
Le lieu de naissance et la ou les langues maternelles apprises à la maison ont des incidences sur le développement du vocabulaire. Les enfants nés à l'extérieur du Canada et ceux qui n'ont pas appris à parler anglais ou français à la maison sont entre deux et trois fois plus susceptibles que les autres de faire l'objet d'un retard de développement du vocabulaire lorsqu'on considère leur maturité scolaire.

La majorité des familles compte au moins un parent qui travaille. Les enfants dont au moins un des parents travaille sont moins susceptibles de faire l'objet d'un retard de développement du vocabulaire, de problèmes émotifs et d'une hyperactivité. Le pourcentage des enfants qui vivent dans des familles au revenu inférieur au seuil de faible revenu est demeuré constant à 12 % pour la période de la recherche. Les enfants vivant dans des familles à faible revenu sont plus susceptibles de faire l'objet d'un retard de développement du vocabulaire et moins susceptibles de participer aux activités offertes aux jeunes enfants telles que les sports structurés. Le revenu moyen des ménages indiqué par les familles a chuté de 60 257 $ en 2001 à 55 273 $ en 2005.

Les parents de la région du Sud-Est donnent généralement une cote positive à leurs quartiers comme des endroits où élever des enfants. Toutefois, ils croient qu'ils ne bénéficient pas d'installations adéquates pour les enfants et ils ne sont pas informés des programmes offerts. Ils ont donné une cote variant de bonne à très bonne aux éléments suivants : sécurité et propreté des quartiers, familles avec des enfants, écoles et prématernelles, participation active des résidants. Par contre, ils ont accordé une cote variant de médiocre à modérée aux éléments suivants : installations adéquates pour les enfants, présence d'installations médicales, accessibilité des transports en commun.







Motifs indiqués par les parents pour ne pas utiliser les services et programmes communautaires (%)		
Clientèle	**2001 (n = 365)**	**2005 (n =795)**
Motifs circonstanciels		
Pas assez de temps	32,1	33,8
Pas d'information sur les programmes	24,9	32,0
Raisons de santé	1,6	2,3
Motifs institutionnels		
Programmes trop coûteux	26,0	30,6
Horaires non pratiques	27,1	24,2
Programme inadaptés à l'âge	37,5	26,2
Problèmes de transport (faire la navette)	24,4	21,5
Programme intéressant non offert	48,6	36,1
Programme non offert dans la langue de préférence	6,3	4,6
Nombre de places insuffisant	3,0	3,5
Motifs de disposition		
Préoccupations à l'égard de la sécurité	5,5	2,7
Préoccupations à l'égard de la qualité	4,4	4,7
Motifs culturels ou religieux	2,5	2,6
Source : Comprendre la petite enfance, région du Sud-Est.		

Le proverbe africain que l'on cite souvent, « il faut un village pour élever un enfant », reconnaît que les enfants vivent dans des familles et que les familles vivent dans des collectivités.[1]

L'étude *Comprendre la petite enfance* a examiné les liens entre le développement des enfants et l'utilisation des ressources communautaires (éducatives, culturelles et récréatives). Les enfants ont été classés dans trois catégories : faibles utilisateurs, utilisateurs moyens et grands utilisateurs. Les faibles utilisateurs des ressources communautaires sont plus susceptibles de faire l'objet d'un retard de développement du vocabulaire, de problèmes émotifs et de comportements problématiques.

On a demandé aux parents les motifs de leur non-utilisation des services et des programmes communautaires. Ces motifs ont été regroupés dans les trois catégories suivantes :

- **Motifs circonstanciels** — Motifs provenant des contraintes de la vie des personnes.
- **Motifs institutionnels** — Pratiques et procédures qui empêchent les gens de participer.
- **Motifs de disposition** — Attitudes ou croyances à l'égard d'un programme ou d'un service.

Entre 2001 et 2005, le pourcentage des parents de la région du Sud-Est qui indiquaient des obstacles « institutionnels » à l'utilisation des programmes a chuté, tandis que le pourcentage des gens indiquant des obstacles « circonstanciels » s'est accru. Un tel résultat positif suggère que les fournisseurs de services ont fait des progrès importants dans l'amélioration de l'accès aux services en créant de nouveaux programmes pour les jeunes enfants, en étendant les programmes existants et en modifiant les horaires des services pour qu'ils soient plus pratiques pour les familles. Toutefois, on a observé une légère augmentation de la mention des coûts élevés des programmes et du manque d'information à titre de motifs pour ne pas utiliser les ressources communautaires.

[1] Tiré de McCain, M. N., Mustard, J. F. et Shanker, S., *Early Years Study 2: Putting Science into Action*.

Chapitre 5 — Services de santé primaires

Les services de santé primaires constituent le pilier de base du système de soins de santé de la région du Sud-Est. La disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services déterminent la capacité des soins de santé de la région d'améliorer l'état de santé actuel et futur de la population.

Généralités

Niveaux des services de santé

Trois niveaux de services décrivent des soins médicaux qui deviennent de plus en plus complexes.

La grande majorité des services de santé auxquels ont recours les gens sont les services de santé primaires. Ces services constituent le premier point de contact de la population avec le système de soins de santé pour le traitement des maladies courantes et la gestion des problèmes de santé courants.

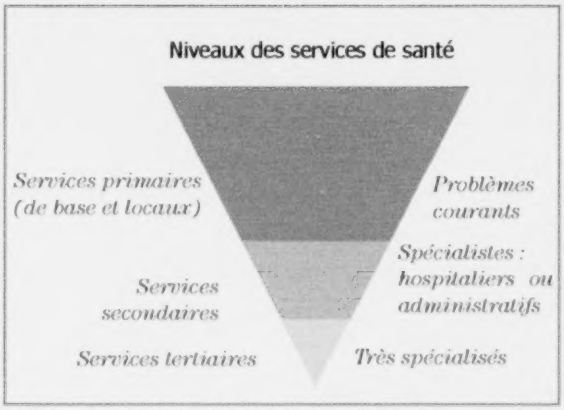
Les services de santé secondaires s'attaquent à des problèmes de santé plus complexes et ils sont offerts par des médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé spécialisés dans un bureau ou un milieu hospitalier.

Les services de santé tertiaires font référence à des services de diagnostic et de traitement hautement spécialisés où les patients sont aiguillés par des médecins ou des hôpitaux communautaires. Ces services exigent des fournisseurs de soins spécialisés, du matériel perfectionné et des services de soutien, qui ne sont offerts que dans des centres de compétence spécialisés.

Services de santé primaires

Les services de santé primaires sont les services de santé les plus familiers. Ce sont vers eux que se tournent d'abord les gens lorsqu'ils ont un problème de santé ou une question relative à la santé.

Le fournisseur de base de services de santé primaires est souvent le médecin de famille, mais les fournisseurs peuvent également inclure une variété de professionnels de la santé dont les services peuvent être obtenus localement, sans qu'un aiguillage d'un médecin ne soit nécessaire. Les fournisseurs de services de santé primaires



Le Centre de soins de santé primaires East Borderland, à Sprague, est un de deux exemples de ces centres dans le Sud-Est. L'autre est à Niverville.

comprennent les médecins de famille, les médecins des salles d'urgence, le personnel infirmier, les préposés aux soins à domicile, les travailleurs en santé mentale, les ambulanciers paramédicaux, les thérapeutes, les travailleurs sociaux, les diététistes, les pharmaciens, les chiropraticiens et les dentistes.

Les services de santé primaires visent à traiter les problèmes de santé courants et à gérer les maladies chroniques. Ils représentent les services de santé les plus fondamentaux et essentiels et ils sont offerts au niveau communautaire local. Les services de santé primaires sont aussi le portail par lequel on peut avoir accès à d'autres services de santé plus spécialisés.

Approche des soins de santé primaires

Dans toutes les régions du Canada, on s'entend pour dire que la prestation et l'organisation des services de santé primaires ont besoin d'être améliorées. L'*approche des soins de santé primaires* est une des stratégies mises en oeuvre au Canada pour améliorer l'accès et la prestation des services au niveau local. Cette approche reconnaît que les médecins de famille, le personnel infirmier et d'autres professionnels travaillant en équipe offrent un accès amélioré aux services, une satisfaction accrue des patients et de meilleurs résultats généraux pour la santé.

Une telle approche met de l'avant l'accès par le biais d'un membre de l'équipe à tous les services offerts sur place (guichet unique d'accès aux soins de santé). De plus, des professionnels de la santé travaillant en équipe coordonnent les besoins en matière de santé des clients, aident ces derniers à naviguer dans le système de soins de santé, synchronisent les activités de suivi et offrent des soins de santé préventifs.

Dans le Sud-Est, l'*approche des soins de santé primaires* a été adoptée à titre de modèle de prestation des services de santé offerts dans les centres de santé de Niverville et de Sprague.

Dans la région, l'*approche des soins de santé primaires* ne s'applique qu'à une petite fraction de la prestation des services de santé primaires. Plus de 90 % des services de santé primaires sont offerts de manière traditionnelle par le biais de programmes qui fonctionnent souvent isolés les uns des autres.

Consultations communautaires

Introduction

Entre septembre 2008 et avril 2009, l'office régional de la santé (ORS) de la région du Sud-Est a procédé à une série étendue de consultations auprès des intervenants régionaux sur l'état des services de santé primaires. Les consultations ont pris la forme de groupes échantillons, de groupes de discussion et d'entrevues. Les participants comprenaient les personnes suivantes :

- des membres de la collectivité provenant des quatre districts de l'ORS;
- des médecins de premier recours oeuvrant dans des cliniques médicales et des salles d'urgence;
- des fournisseurs de services de santé primaires ayant adopté particulièrement l'*approche des soins de santé primaires* pour la prestation de leurs services; et
- un large éventail d'autres fournisseurs de services de santé primaires.

Les consultations ont engagé un total de 112 participants, soit 59 membres de la collectivité, 13 médecins de premier recours, 16 fournisseurs de services de santé primaires travaillant dans des centres de soins de santé primaires et 24 fournisseurs de services de santé primaires travaillant dans d'autres établissements.

Les consultations visaient à recueillir les réponses des participants aux quatre questions suivantes :

- Quelle est votre définition des services de santé primaires?
- À votre avis, quels sont les problèmes et les forces des services de santé primaires dans la région.
- Quels sont les obstacles à l'offre de services de santé primaires dans la région du Sud-Est?
- Dans la région, comment l'ORS peut-il collaborer avec les collectivités et les fournisseurs de services pour renforcer les services de santé primaires?

Les participants se sont exprimés à partir de leur situation et de leur expérience, dans leurs propres mots, sur les services de santé primaires dans la région et ils ont contribué leurs connaissances, leurs opinions, leurs histoires personnelles et leurs recommandations.

Je crois que la clé consiste à se concentrer sur le client au lieu de se concentrer sur son rôle et son emploi.

Je suis à l'aise avec un médecin qui me connaît et je ne suis pas prêt à le remplacer par une personne qui ne connaît pas mes antécédents.

Les médecins doivent être les défenseurs des patients et nous connaissons le système. C'est un autre univers. Nous savons ce qui est accessible et ce qui ne l'est pas. Nous pouvons donc dire à nos patients qu'ils devraient obtenir tel service ou qu'ils ne devraient pas obtenir tel autre. Et si le patient dit : « Je croyais qu'il était normal d'attendre pendant six mois avant d'obtenir une colonoscopie », je peux lui répondre : « Non, vous devriez être en mesure de l'obtenir plus tôt ».

Si je réfléchis à la situation d'il y a 25 ans, j'ai constaté des améliorations importantes dans les services aux aînés et les soins à domicile que nous n'avions pas auparavant. Nous avons connu une amélioration spectaculaire, tout un changement.

La région a progressé. Je crois qu'il y a de nombreuses forces, de bonnes choses. Nous avions un problème de fréquentation excessive de la salle d'urgence. [L'ORS] *a mis en oeuvre de bonnes solutions et a découvert des moyens créatifs de fonctionner qui ont libéré de nombreux membres du personnel. La région a relevé avec succès certains défis.*

Vous êtes un habitué, mais le médecin ne l'est pas! Je veux dire que [le système] est très inconsistant. Vous consultez un médecin aujourd'hui et la semaine prochaine, si vous avez besoin de consulter à nouveau le médecin, vous rencontrez une personne différente et devez revenir trois semaines plus tard. Vous ne pouvez pas les connaître.

Résultats des consultations

1. Compréhension des services de santé primaires

Les fournisseurs de soins de santé s'entendent généralement sur une définition commune des services de santé primaires.

En ce qui concerne les fournisseurs de soins de santé qui travaillent dans la collectivité, les principes et les valeurs associés à l'*approche des soins de santé primaires* leur sont familiers et ils sont intégrés dans leur manière habituelle d'offrir des services.

Les résidants de la collectivité sont formels : ils considèrent que le médecin de premier recours est la clé de l'accès à des soins de santé appropriés.

Les médecins de famille sont conscients de leur rôle critique dans le système de services de santé primaires et ils prennent leurs responsabilités très au sérieux. Ils reconnaissent que les résidants se fient à eux non seulement pour un accès aux services, mais aussi pour une aide en matière de défense des droits et de navigation dans le système.

2. Forces des services de santé primaires

Tous les groupes d'intervenants perçoivent des forces importantes dans le système de services de santé primaires de la région.

Les résidants de tous les districts de l'ORS apprécient les services qui leur sont offerts dans leurs collectivités respectives.

Les médecins parlent également de manière positive de l'environnement des services de santé primaires dans la région du Sud-Est.

3. Problèmes, lacunes et obstacles en matière de services de santé primaires

a) Accès aux soins médicaux

La question au premier plan des préoccupations des résidants est l'accès aux soins médicaux. De plus, la possibilité de consulter un médecin est moins problématique que l'obtention de soins médicaux uniformes à long terme.

Bien que les membres de la collectivité aient recours de diverses manières aux services de santé primaires, le

médecin de famille représente le principal point d'entrée dans le système de soins de santé et la principale source de soins et d'information sur la santé. Bon nombre de personnes ont des problèmes à obtenir des soins médicaux lorsqu'elles croient qu'elles en ont besoin.

La pénurie de médecins et leur roulement élevé mènent de nombreuses personnes à croire qu'avoir un médecin de famille qui les connaît, comprend leurs antécédents médicaux et les aide à prendre des décisions de nature médicale est devenu un idéal impossible à atteindre.

Les résidants du district Sud soulignent des expériences divergentes d'accès aux services offerts par le système de soins de santé du Manitoba et celui des États-Unis.

Nous gagnons sur les deux tableaux, comme on dit. Lorsque mon beau-père est devenu très malade, nous l'avons transporté à Roseau. Le médecin de Roseau [Minnesota] a su immédiatement ce qui n'allait pas et il a demandé une ambulance. Il est monté avec mon beau-père dans l'ambulance et un autre médecin en ville l'attendait. Cela ne serait jamais arrivé si je m'étais rendu à [collectivité x]. *J'espère qu'on ne nous enlèvera jamais une telle possibilité.*

b) Croissance démographique, accroissement des exigences du système et réduction des ressources

Dans la région du Sud-Est, l'accès à tous les services de santé primaires a été progressivement limité par une croissance démographique exceptionnelle, soit 25 % au cours de la dernière décennie, comparativement à 4 % pour l'ensemble du Manitoba. Combinée avec une demande accrue d'extension des services dans l'ensemble du système de soins de santé, une telle croissance a réduit de façon constante la disponibilité des ressources régionales en matière de soins de santé.

La question la plus brûlante est celle de la main-d'oeuvre. C'est le problème le plus important. Et ce n'est pas uniquement une pénurie de médecins. Le problème vise tous les postes qui s'occupent des soins de santé primaires. Il est difficile d'offrir des soins de santé de manière soutenue lorsqu'on est limité par la disponibilité des ressources nécessaires.

Les fournisseurs de services de santé primaires ressentent vivement les pressions accrues. Bon nombre d'entre eux considèrent que des volumes de travail qui augmentent de manière constante et l'expansion accrue des services mettent en péril la qualité des soins de base.

Il y avait des médecins qui résidaient dans cette collectivité. Personne ne veut y rester, parce que les médecins ne peuvent plus rien faire, sauf traiter les problèmes mineurs. Ils ne peuvent plus mettre des bébés au monde et faire des chirurgies mineures. Ils ont acquis toute leur formation pour rien et c'est pourquoi ils ne veulent pas venir dans une petite ville.... Ils utilisent la petite ville comme un tremplin vers un autre endroit où ils peuvent utiliser leur formation... Voilà le noeud du problème.

Dans la région, la pénurie relative de médecins de famille est un défi constant. Cela a eu des incidences négatives sur l'utilisation des services des salles d'urgence et a accru l'utilisation locale des services des cliniques sans rendez-vous.

Dans la salle d'urgence, nous voyons de plus en plus de gens parce qu'il n'y a pas suffisamment de médecins de famille. De nombreuses personnes ont accès à des soins primaires par le biais de la salle d'urgence parce qu'ils ne peuvent consulter leur médecin de famille ou ne peuvent avoir accès à leur médecin.

Pour de nombreux résidants, la clinique sans rendez-vous représente un moyen désagréable et insatisfaisant d'avoir accès à des soins médicaux.

Un autre événement important concerne les attentes à l'égard des médecins et du système de soins de santé et ce qu'ils peuvent et devraient offrir. On avait l'habitude de s'écraser le doigt, de dire « aïe! » et de poursuivre son chemin. Aujourd'hui, on veut des rayons X et une évaluation en profondeur. Les attentes se sont accrues.

Y aura-t-il des ressources pour composer avec un groupe de patients supplémentaires qui s'ajoutent aux autres si nous faisons réellement le travail que nous devrions faire pour dépister et identifier la majorité des personnes diabétiques et la majorité des cas de cancer précoce? Nous commencerons à exiger plus de services de laboratoire si nous assurons réellement le suivi recommandé par les lignes directrices canadiennes. Nous utiliserons beaucoup plus de ressources. Si nous devons identifier plus de personnes malades, nous avons besoin d'entendre que nous serons en mesure de les traiter.

À la clinique, nous avons commencé à recueillir des données pour évaluer les temps d'attente afin qu'en cas d'intervention, nous puissions voir si le système fonctionne. C'est très stimulant de pouvoir dire : « D'accord, voici mon temps d'attente. Assignons une infirmière qui fait de l'éducation en matière de diabète et vérifions les incidences de cette mesure non seulement sur la qualité des services, mais aussi sur les temps d'attente ».

Pour être honnête, jusqu'ici je ne m'étais pas rendu compte que l'infirmière de la santé publique faisait tout ça. J'assumais qu'à l'âge de 18 mois, l'infirmière disparaissait du portrait, Je ne savais pas qu'elle était aussi l'infirmière en santé communautaire. Je ne voyais qu'une personne qui examinait mon enfant.

Lors de l'adoption de nouveaux services, il arrive que les médecins n'en soient pas avertis. Les gens supposent que nous le savons, mais il arrive parfois que nous ne savons pas.

Certains membres de la collectivité ont des questions sur les structures actuelles de prestation des services.

c) Accroissement des attentes à l'égard des soins de santé

Tous les groupes d'intervenants reconnaissent clairement que les attentes sociales à l'égard de la portée et de la réceptivité des services de santé se sont accrues de manière importante au cours des ans.

Dans la région, les soins de santé font face d'un côté à des demandes sociales accrues et de l'autre, à une capacité réduite et à des ressources limitées. Tant les résidants que les fournisseurs de services reconnaissent une telle dichotomie.

Les médecins soulignent que les technologies émergentes, ainsi que les outils et protocoles de détection précoce, accroissent également les attentes et les volumes de travail.

En même temps, les médecins sont plus confiants dans leur capacité de recueillir de meilleurs renseignements et d'en assurer le suivi pour renforcer le processus décisionnel sur le plan médical et sur celui du système de soins de santé.

d) Connaissance des services de santé primaires offerts

Malgré la perception généralement répandue dans la collectivité d'un accès limité aux services de santé primaires, bon nombre de résidants ne connaissent pas l'éventail complet de services offerts dans leurs collectivités respectives. De plus, bon nombre de travailleurs de la santé ne sont pas familiers avec les services offerts pour compléter les soins qu'ils dispensent.

Bien que les résidants soient très familiers avec les services médicaux offerts dans leur collectivité et les collectivités avoisinantes, leur connaissance des services communautaires, tels que les services de santé mentale et de santé publique, est plutôt limitée. De nombreuses personnes ne savent pas que de tels services sont offerts localement et, de plus, elles ne comprennent généralement pas très bien la nature et les fonctions de ces derniers.

Parmi les fournisseurs de soins de santé, le manque de connaissances du public en matière de services de santé primaires est une préoccupation fréquemment exprimée.

La connaissance est également limitée chez bon nombre de fournisseurs de services de santé primaires, y compris des médecins.

e) Information pour soutenir la responsabilité individuelle pour la santé

Un thème que l'on retrouve dans les collectivités de la région est le souhait d'accroître la prise en charge individuelle et le contrôle personnel de la santé. Selon les résidants, la clé de la réalisation de ce souhait est l'accès à l'information sur la santé et à l'éducation sanitaire.

Les gens ont souvent besoin d'information sur la santé et, bien que la plupart d'entre eux connaissent plus d'une voie d'accès, le médecin est considéré le plus souvent comme la source définitive. Des problèmes surviennent lorsque le besoin de conseils et d'orientation est perçu comme une urgence. Dans l'ensemble, on croit généralement que les collectivités ont besoin de plus d'information et d'éducation sur la santé et les services de santé.

Les résidants recherchent de l'information sur la santé de manière fréquente et dans une variété de sources. Néanmoins, on considère que les médecins constituent l'autorité ultime et le cheminement vers des réponses aux préoccupations en matière de santé mène souvent, et même par le biais d'autres fournisseurs de services, à la clinique médicale ou à la salle d'urgence.

Bon nombre de personnes croient qu'elles pourraient mieux gérer leur propre santé si elles pouvaient obtenir de l'information lorsqu'elles en ont besoin, en particulier lorsque le besoin semble urgent. Ils n'ont souvent besoin que de conseils et d'orientation, mais il est difficile d'obtenir de l'aide, en particulier en dehors des heures normales de bureau.

Les résidants considèrent généralement que toutes les collectivités ont besoin d'un meilleur accès à l'information sur la santé et à l'éducation sanitaire, en particulier lorsqu'il s'agit de prévention et de

Si je veux uniquement de l'information sur un sujet qui m'intrigue, Internet est évidemment ma première source. Après Internet, la prochaine source est le médecin de famille.

J'aimerais qu'il y ait une personne qui ressemble à un standard téléphonique, comme une téléphoniste que l'on peut consulter et qui me dit ce que je devrais faire. La téléphoniste pourrait me dire de téléphoner à un tel ou une telle. C'est une idée très attrayante. À qui peut-on téléphoner à deux heures du matin?

L'ORS a besoin de réfléchir aux moyens de disséminer l'information aux gens dans les collectivités. Afin que les gens reconnaissent et prennent aussi en charge leur propre santé. Les gens sont toujours responsables d'eux-mêmes. Mais je crois que si on accroît leurs connaissances, ils prendront en compte leur propre santé.

promotion de la santé, et que l'information sur les services de santé de la région devrait être plus facile à découvrir.

f) Communication, navigation dans le système de soins de santé et intégration des services

Du point de vue de la collectivité, le système de soins de santé semble souvent fragmenté et mal coordonné. Les travailleurs de la santé reconnaissent que des obstacles internes aux programmes et aux services contribuent à la situation.

Un patient se rend à l'établissement et il ne sait même pas pourquoi il est là. Il sait seulement qu'il a un rendez-vous. Il semble y avoir une lacune.

Il y a des obstacles à l'intérieur des programmes et entre les programmes. Il faut beaucoup de créativité et de souplesse dans la prestation des services pour aborder les questions d'accès. Je constate le problème dans les soins à domicile et les services de surveillant. Certains préposés me disent qu'ils ne peuvent exécuter une certaine tâche, car elle est réservée aux surveillants. Et je me demande : « Pourquoi ne peuvent-ils pas tous les deux exécuter la tâche? Le préposé est en train de baigner une personne. Pourquoi ne peut-il pas lui administrer des médicaments? »

Les résidants perçoivent des obstacles importants à la communication entre les divers éléments du système de soins de santé. Ces obstacles vont à l'encontre de la coordination des services et rendent très difficile la navigation dans le système de soins de santé.

De nombreux fournisseurs de services comprennent que le système de soins de santé peut créer de la confusion et sembler intimidant pour les patients.

Une autre question troublante pour les fournisseurs de services vise la dynamique interne des programmes et des services. Cela peut également créer des obstacles à la communication et à l'intégration des services.

g) Prestation de services innovatrice, variée et coopérative

Tous les groupes d'intervenants conviennent généralement que le renforcement des services de santé primaires exige l'examen de divers modèles et structures de service fondés sur une collaboration accrue et des solutions de rechange aux soins médicaux.

Je réfléchissais aux infirmières praticiennes et à leur rôle dans le système des soins de santé primaires. Pour les régions rurales, je songeais à une infirmière praticienne qui peut prescrire des médicaments et réagir rapidement à un cas d'infection ou un problème semblable. Cela pourrait être une bonne solution de rechange en cas de pénurie de médecins.

Il devrait exister un mécanisme en vertu duquel des médecins n'exécutent pas des tâches que d'autres personnes moins formées peuvent faire.

Les médecins se préoccupent de certaines tâches qu'ils ne devraient pas être obligés d'accomplir. En ce qui concerne l'idée des contrôleurs d'accès... en un sens, ils veulent faire certaines choses qu'ils ne devraient pas faire

En ce qui concerne certaines tâches que nous exécutons à titre de médecins, nous pourrions consacrer notre temps plus efficacement à faire autre chose. Une bonne partie des soins aux malades chroniques pourrait facilement être prise en charge par les infirmières praticiennes.

Bon nombre de résidants favorisent l'examen de méthodes de prestation de services différentes comme une des stratégies d'amélioration de l'accès local. Les résidants soutiennent fortement le recours aux infirmières praticiennes, l'utilisation accrue des fournisseurs de services de santé primaires autres que les médecins et des heures d'ouverture plus souples.

On convient généralement que se fier aux médecins pour être les contrôleurs d'accès aux services présente de nombreux défis. Les collectivités sont clairement prêtes à dépasser ce modèle de service.

Les médecins de premier recours voient qu'il est clairement nécessaire d'adopter des modèles de service plus coopératifs avec l'ORS afin de promouvoir l'amélioration de la communication, de l'intégration des services et des soins aux patients.

Toutefois, les médecins sont conscients qu'il faut surmonter un certain nombre d'obstacles systémiques afin d'offrir les services d'une manière différente.

D'autres fournisseurs de soins de santé reconnaissent également la nécessité d'une collaboration accrue entre les programmes et les services et à tous les niveaux du processus décisionnel au sein de l'ORS.

Tous les groupes d'intervenants croient que les dossiers de santé électroniques représentent une importante ressource potentielle pour améliorer la collaboration et la coordination des services.

h) Accès aux services de santé mentale

L'accès aux services de santé mentale est un problème important pour tous les groupes d'intervenants. Ces derniers mentionnent plusieurs facteurs qui limitent l'accès, y compris le manque de connaissance des services offerts, le stigmate associé à la maladie mentale et les contraintes liées au financement.

Bon nombre de résidants sont préoccupés du manque général de connaissance des services de santé mentale offerts dans leurs collectivités respectives.

D'autres facteurs, y compris le stigmate associé à la maladie mentale, posent des défis aux personnes et aux familles qui cherchent à avoir accès aux services de santé mentale offerts dans leur collectivité.

Tous les groupes d'intervenants reconnaissent l'existence de secteurs problématiques où on ne répond pas aux besoins, mais ces secteurs exigent des programmes et des services, par exemple les services pour les dépendances, pour lesquels le programme de santé mentale de l'ORS ne reçoit présentement aucun financement.

Les médecins de premier recours mettent de l'avant l'amélioration de la coordination entre les services médicaux et les services de santé mentale dans la

Nous [les médecins] *aimerions travailler avec des infirmières praticiennes si nous pouvions les embaucher. Mais si nous ne pouvons pas facturer pour leurs services, il est moins probable que nous le fassions. Il faudrait donc modifier des éléments du modèle de financement pour que nous puissions avoir des infirmières praticiennes. Nous sommes absolument convaincus qu'elles seraient très occupées.*

Nous pratiquons tous dans un cloisonnement administratif. On a gaspillé de l'argent et on a élargi des écarts parce que nous ne travaillons pas ensemble.

L'obstacle important à [la collaboration] *est le fait qu'on n'échange pas l'information. Nous ne pouvons pas le faire avant d'avoir des dossiers de santé électroniques. Ils sont essentiels si nous voulons aller de l'avant pour rationaliser les soins et les services offerts aux patients. Il s'agit d'un investissement énorme, mais les retombées en vaudront la peine.*

Je n'ai jamais su que l'on pouvait avoir accès à des services de santé mentale dans [ma collectivité]. *Je supposais que si je voulais du counseling, je devais me rendre en ville... Si de tels renseignements pouvaient être disponibles.*

L'abus de drogues et la santé mentale vont de pair. Ces deux éléments sont intimement liés.

Disons qu'un patient se présente qui a besoin d'un aiguillage psychiatrique. Hé bien, vous pouvez passer deux ou trois heures au téléphone pour essayer de l'organiser et le patient se retrouve à Thompson ou à Le Pas parce qu'il n'y a aucun lit ailleurs. Les patients n'ont aucun accès et personne ne les veut.

région. Ils soulignent également la nécessité d'un meilleur accès aux ressources qui ne sont offertes qu'à l'extérieur de la région.

Les gens ne peuvent pas comprendre. Lorsqu'ils discutent de l'éloignement, ils pensent aux Territoires du Nord-Ouest ou à d'autres endroits, mais nous sommes beaucoup plus éloignés que beaucoup d'autres personnes.

Un des éléments que nous avons bien cernés est le fait de la collaboration au sein de la collectivité, parce que nous avons une voix. Mais nous devons aussi être réalistes et comprendre que l'ORS a des ressources limitées. Nous pouvons demander tout ce que nous voulons, mais l'ORS ne peut nous financer s'il ne possède pas sa propre base de financement. Nous devons donc soumettre un cas étoffé et des solutions.

i) Géographie et éloignement

Bon nombre de résidants de la région du Sud-Est, y compris un grand nombre de personnes âgées, vivent dans des petites collectivités rurales qui sont éloignées des quelques centres importants de la région. Les soins de santé sont offerts localement à de petits points de service. Ces résidants doivent relever des défis particuliers pour avoir accès à l'éventail complet des services de santé primaires.

Pour les résidants des collectivités éloignées de la région du Sud-Est, la « petitesse », la distance et le manque de moyens de transport présentent les obstacles pratiques les plus importants.

De nombreux résidants des petites collectivités croient qu'ils ont besoin d'être plus actifs afin d'être entendus par l'ORS et, dans certains cas, ils voient leur rôle comme celui de lobbyistes auprès du gouvernement local pour l'amélioration des soins de santé.

Les membres de la collectivité ont également mentionné que plusieurs consultations ont déjà eu lieu. Le temps d'agir est venu après une période d'attente déraisonnablement longue.

4. Expérience de l'utilisation des centres de soins de santé primaires

Dans la région du Sud-Est, les centres de santé communautaire de Niverville et de Sprague ont adopté l'*approche des soins de santé primaires* pour la prestation des services.

Je suis fortement partisan de [l'approche des soins de santé primaires], *mais si le centre n'est pas aménagé physiquement ou s'il n'engage pas les gens afin de les intégrer, il ne s'agira pas réellement de [l'approche des soins de santé primaires]. Je songe présentement au centre de Niverville. Je ne crois pas qu'il y a des liens ou des relations entre les fournisseurs de services. Des liens s'établissement peut-être en coulisse, mais, à titre de patient, je ne sens pas qu'ils existent.*

À titre de membre du personnel des services d'accueil, c'est merveilleux si le patient peut avoir accès à un éventail de programmes dans un seul immeuble. Ils peuvent se présenter à un seul endroit et n'ont pas besoin d'aller bien loin. C'est une chose merveilleuse.

Les commentaires des résidants qui utilisent les centres de soins de santé primaires de Niverville et East Borderland indiquent une appréciation générale de la facilité d'accès accrue, bien que certaines hésitations au sujet de l'intégration des services soient évidentes.

Les intervenants de première ligne des centres de soins de santé primaires, qui sont des pionniers de l'élaboration et de la mise en oeuvre de l'*approche des soins de santé primaires* dans la région du Sud-Est, constatent des

avantages pour leurs collectivités respectives et pour les équipes de fournisseurs de services.

Recommandations

Tous les groupes d'intervenants croient fermement que l'ORS devrait adopter des mesures pour aborder les problèmes, les lacunes et les obstacles qui touchent les services de santé primaires dans la région.

Les groupes ont soumis un certain nombre de recommandations clés qui conseillent à l'ORS de se concentrer sur le renforcement de l'accès aux services de santé primaires et de leur prestation, tout en engageant un dialogue suivi avec tous les intervenants de la région du Sud-Est et en adoptant une approche stratégique intentionnelle aux soins de santé primaires dans la région.

1. Renforcer les services de santé primaires de base

a) Adopter des approches pratiques aux défis systémiques

Tous les groupes d'intervenants reconnaissent que la prestation des services de santé primaires est touchée par une variété de facteurs, tels que les obstacles systémiques, le financement et la géographie. Ils comprennent qu'il n'existe pas de solutions miracles, mais ils expriment fortement le souhait d'aller de l'avant.

Les médecins et les fournisseurs de soins de santé demandent avec insistance à l'ORS d'être pratique et d'être axé sur la recherche de solutions dans la mise en oeuvre de stratégies visant le renforcement des services de santé primaires de base.

Au fur et à mesure de l'élaboration des plans, les médecins et les fournisseurs de soins de santé encouragent les décisionnaires à comprendre clairement la situation au niveau de la première ligne de la prestation des services.

b) Réexaminer la structure de prestation des services

Les groupes d'intervenants de la région encouragent fortement l'ORS à examiner la structure actuelle des services et à explorer des solutions de rechange.

Si on voit toujours les problèmes liés aux ressources et que rien ne change, on finit par se fatiguer. Il faut décider si on peut continuer au même rythme. Sinon, nous devons comprimer les dépenses et ne pas mettre en oeuvre [un programme donné] *jusqu'à ce que nous puissions le faire adéquatement.*

Nous croyons que l'ORS s'est engagé en faveur de l'excellence. Nous voulons offrir les meilleurs soins de santé qui soient. Nous voulons seulement nous assurer que si nous cernons des problèmes, [l'ORS] *pourra faire quelque chose pour les régler.*

Nous avons besoin d'un financement pour des infirmières praticiennes. Mais il y a aussi la question des autres praticiens paramédicaux, tels que les auxiliaires médicaux et les [infirmières] *autorisées. Voilà ce dont nous avons besoin.*

Les gestionnaires et les travailleurs de première ligne vivent dans des mondes différents.

Nous avons présentement des systèmes qui permettent à un patient de se rendre à un endroit où on utilise une caméra vidéo pour enregistrer son problème et le médecin à l'autre bout de la connexion examine les images et pose un diagnostic. Je pense que cela résout de nombreux problèmes. Les gens n'ont pas à se déplacer parce qu'ils peuvent consulter localement. Encore une fois, nous aurions besoin d'une infirmière praticienne sur place ou quelqu'un qui pourrait discuter avec le médecin et faire ce qui devrait être fait, qu'il s'agisse de vérifier la tension artérielle ou d'autre chose. Je crois que la technologie existe déjà pour [les consultations à distance], *il s'agit seulement de la mettre en place.*

Vous savez, j'aime vraiment l'idée des centres de soins de santé primaires. Si j'ai un problème, je ne me demande pas à qui je dois téléphoner d'abord. Le concept [des centres] est merveilleux parce qu'il arrive souvent que l'on se sente perdu. Il m'est déjà arrivé de ne pas chercher de l'aide parce que je ne savais pas très bien où m'adresser.

Nous avons beaucoup de services et il faut simplement informer le public de ce que nous avons.

Une chose que les médecins devraient connaître, ce sont les services qui existent dans notre région, l'accès à des soins médicaux. Il peut être frustrant de ne pas connaître les services offerts réellement en matière de soins psychologiques ou de santé mentale.

Il faudrait avoir un seul numéro de téléphone à composer afin de connaître plus facilement les programmes offerts. Bon nombre de gens nous demandent où nous sommes dans l'annuaire.

Il faudrait aussi améliorer la notoriété du CCDS [Comité consultatif de district de santé]*, parce que je suis certain que 95 % à 98 % de la population ne savent pas que des gens siègent au Comité pour nous représenter au niveau du conseil d'administration* [de l'ORS].

Je crois également que nous devons informer la collectivité des services que nous n'offrons pas. Au cours des trois années de notre présence ici, nous avons probablement composé le 911 entre six et huit fois. Nous ne sommes pas équipés comme une salle d'urgence.

Certaines pratiques efficaces dans une collectivité peuvent ne pas l'être dans une autre. Nous devons être sensibles aux besoins de la région. La population de la région est très diversifiée.

Les membres de la collectivité expriment très clairement qu'ils sont prêts à examiner l'accès à diverses options en matière de soins de santé, y compris une dépendance réduite aux soins médicaux primaires. Les fournisseurs de services, y compris les médecins de premier recours, cernent la nécessité de réexaminer comment les services sont offerts et par qui ils le sont, et affirment leur empressement à le faire.

Les participants aux consultations recommandent également un meilleur recours à des stratégies innovatrices, telles que les services mobiles et la technologie, pour répondre aux besoins des collectivités plus petites et éloignées.

c) Consolider et coordonner les services en se concentrant sur le client

Les résidants, les médecins de premier recours et les travailleurs de la santé mettent fortement de l'avant le besoin de regrouper les services de santé primaires en les axant sur les besoins des clients et de les offrir de manière intégrée.

d) Améliorer l'accès à l'information sur les services de santé de la région

Tous les groupes d'intervenants conseillent à l'ORS d'examiner des moyens d'informer plus efficacement la population et les fournisseurs de soins de santé de l'éventail et de la disponibilité des services offerts dans la région.

Les médecins de premier recours demandent également de l'aide pour connaître et comprendre les services offerts par l'ORS et les moyens de mieux les lier aux patients afin d'offrir à ces derniers les soins appropriés.

Dans certains cas, l'information est disponible, mais de nombreux résidants trouvent qu'elle n'est pas utile ou qu'elle crée de la confusion. Les membres de la collectivité ont également recommandé que l'ORS examine divers canaux d'information et de voies d'accès qui pourraient être efficaces, y compris l'intégration de diverses sources d'information locales.

Les fournisseurs de services ont recommandé que l'ORS veille particulièrement à ce que les résidants soient liés à l'information appropriée.

e) Être réceptif aux besoins locaux particuliers

Tous les groupes d'intervenants demandent avec

insistance à l'ORS de comprendre et de reconnaître la diversité dans la collectivité et de répondre aux besoins uniques des diverses collectivités qui constituent la région.

Dans les collectivités où les services médicaux sont offerts de manière contractuelle, les résidants ont recommandé que l'ORS adopte des mesures pour accroître la continuité des soins, compte non tenu du roulement des médecins.

2. Renforcer le dialogue avec les intervenants

Tous les intervenants consultés (médecins, fournisseurs de soins de santé, membres de la collectivité demandent une participation accrue à la découverte des solutions aux défis quotidiens de la prestation de services de santé primaires de base dans la région.

a) Renforcer le dialogue avec les collectivités

Les membres de la collectivité croient de manière constante qu'on ne reconnaît pas suffisamment leurs points de vue et leurs besoins. Ils veulent être entendus par l'ORS et participer activement à la planification des soins de santé.

b) Renforcer le dialogue avec les médecins

Les médecins de premier recours croient fermement que le manque de communication bidirectionnelle au cours des ans a créé un écart sur le plan de la compréhension entre l'ORS et les médecins et a bloqué l'établissement de partenariats potentiels en matière de prestation des services. Un certain nombre d'entre eux croit qu'on a réalisé récemment certains progrès.

Les médecins demandent à l'ORS de les inclure comme des participants actifs dans la planification de soins de santé et de continuer à offrir des possibilités de discussions périodiques et réfléchies.

c) Renforcer le dialogue avec les fournisseurs de services de première ligne

Les fournisseurs de services de première ligne perçoivent qu'ils sont peu engagés dans la planification des soins de santé, mais ils croient qu'ils peuvent faire une contribution importante. Le personnel demande à être inclus dans la résolution des problèmes organisationnels et dans l'élimination des obstacles à la prestation des services.

Il faudrait gérer directement les soins offerts dans les zones périphériques. Par exemple, on pourrait gérer les bureaux des médecins [sous contrat] *en assignant des membres du personnel* [de l'ORS] *à ces bureaux pour s'occuper des rendez-vous pour eux. On peut conclure des contrats avec les médecins pour un certain nombre d'heures de travail que ces derniers pourront consacrer entièrement à leur travail médical.*

Est-ce que l'ORS se rend dans des collectivités comme [la nôtre] pour tenir ses réunions? [Les dirigeants] *ont besoin de rassembler des gens au tour de la table pour entendre nos questions. Les décisionnaires ont besoin d'entendre les commentaires directement au lieu de l'entendre de seconde main de vous et d'écouter l'enregistrement des consultations.*

De nombreux médecins conviendraient que les choses ont connu une amélioration considérable. Lorsque les gens croient qu'on les écoute, ils se sentent beaucoup mieux. Nous savons que [l'ORS] *est un grand organisme et qu'il existe des obstacles systémiques à l'accomplissement des tâches nécessaires. L'ORS n'a pas toutes les réponses, car les problèmes sont systémiques.*

Il n'y a aucune communication directe entre les médecins et le conseil d'administration. Ça ne cause parfois aucun problème, mais il est parfois bon d'avoir des nouvelles directement du conseil d'administration et pour le conseil, d'avoir des nouvelles des médecins. Il ne s'agit pas de rendre la communication onéreuse pour les deux groupes, mais certaines questions comme la conservation du personnel et les projets de construction [l'exigeraient].

Il arrive parfois que les efforts du personnel ne soient pas reconnus par les gestionnaires (on s'attend à ce que les employés fassent du surtemps) et cela se traduit par un stress accru pour les familles et des employés malheureux. Il faudrait écouter réellement le personnel et collaborer avec les employés comme une équipe pour éviter la fragmentation des services. La transparence veut dire qu'il faut être honnête et collaborer pour aller de l'avant. Il suffit parfois que [les gestionnaires] *écoutent et disent merci.*

Il faut rassembler tous les intervenants et évaluer comment on pourrait rationaliser les services de santé primaires pour les améliorer... Nous avons des comités régionaux pour les soins aux enfants et aux mères et d'autres services, mais nous ne nous concentrons pas sur [l'approche des soins de santé primaires] *et sur l'amélioration de la prestation des services. Je crois qu'il s'agit d'un changement de paradigme dont ont besoin tous les gestionnaires de programme et tous les comités. Nous devons travailler d'abord à améliorer les éléments de base.*

Ici [au centre de soins de santé primaires], *nous disons que le client est l'élément principal. Quelle est la meilleure chose que nous pouvons faire pour le client? Après, on commence à éliminer les obstacles.*

Tant que nous ne collaborons pas avec les médecins et engageons leur participation, le modèle de [l'approche des soins de santé primaires] *ne décollera jamais, que ce soit au niveau des équipes ou au niveau régional.*

Nous devrions examiner la possibilité de collaborer davantage avec d'autres fournisseurs de soins de santé primaires.

Tous les intervenants de la région, des travailleurs sur le terrain aux gestionnaires, doivent commencer à mettre en pratique les principes de [l'approche des soins de santé primaires].

3. Élaborer la vision et un plan d'action en matière de soins de santé primaires

Les fournisseurs de soins de santé de la région du Sud-Est, y compris les médecins de premier recours, qui ont participé aux consultations étaient familiers avec l'*approche des soins de santé primaires*, tandis que les discussions des membres de la collectivité visaient les concepts de l'accès par guichet unique, l'approche d'équipe à la prestation des services et la coordination des services.

Tous les groupes d'intervenants conviennent que le renforcement de l'*approche des soins de santé primaires* à la prestation des services offre une amélioration considérable de l'accès aux services de santé de base, de la satisfaction de la clientèle et des résultats pour la santé. Toutefois, les intervenants ne connaissent pas clairement la vision et le plan à élaborer pour atteindre de tels objectifs dans la région.

Les intervenants ont soumis à l'ORS un certain nombre de recommandations en vue d'élaborer la vision et le plan d'action pour les soins de santé primaires.

- Placer activement le client au coeur de la prestation des services.
- Élaborer un modèle de travail avec les médecins de premier recours.
- Éliminer les obstacles à l'*approche des soins de santé primaires*.

  Cette tâche inclut la facilitation de l'échange de ressources entre les programmes afin de se concentrer sur l'extension des services et la reconnaissance du fait que les changements culturels et programmatiques requis exigent de la détermination et des ressources.
- Reconnaître que l'*approche des soins de santé primaires* met l'accent sur la collaboration.
- Engager la collectivité. Le personnel des centres de soins de santé primaires qui ont acquis de l'expérience dans l'élaboration et la mise en oeuvre de l'*approche des soins de santé primaires* met l'accent sur l'importance de la participation de la collectivité à la planification. Les collectivités sont toutes uniques; il n'y a pas de formule universelle.